Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

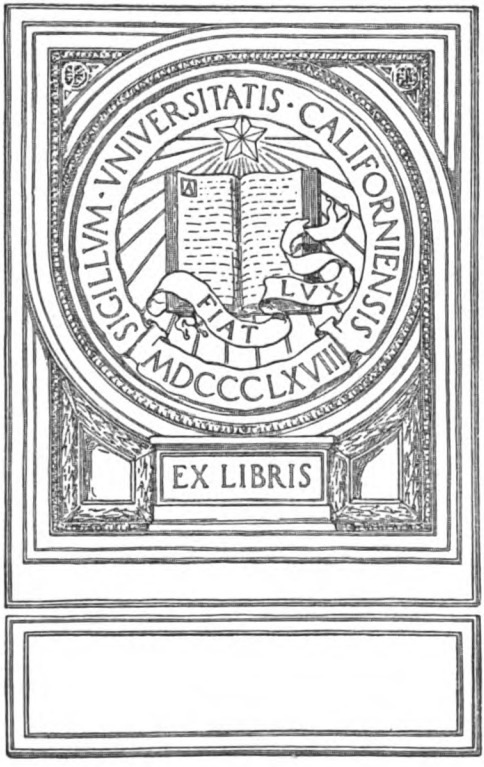
+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

Digitized by Google

SCHOOL OF MEDICINE
LIBRARY



Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

FRÜHER: MONATSHEFTE FÜR PRAKTISCHE DERMATOLOGIE

UNTER MITWIRKUNG VON

A. ALEXANDER-Berlin, J. ALMKVIST-Stockholm, G. ARNDT-Berlin, E. ARNING-Hamburg, C. BECK-Budapest, B. BERON-Sofia, S. BETTMANN-Heidelberg, H. BOAS-Kopenhagen, M. BOCK-HART-Wiesbaden, C. BRUCK-Altona, C. BRUHNS-Berlin, E. BRUUSGAARD-Oslo, A. BUSCHKE-Berlin, F. CALLOMON-Dessau, J. CAPPELLI-Turin, S. MENDES DA COSTA-Amsterdam, K. DOHI-Tokio, S. EHRMANN-Wien, M. F. ENGMAN-St. Louis, J. FABRY-Dortmund, J. v. FICK-Wien, E. FINGER-Wien, W. FISCHER-Berlin, E. FRAENKEL-Hamburg, E. FREUND-Triest, R. FRÜH-WALD-Chemnitz, E. GALEWSKY-Dresden, C. GUTMANN-Wiesbaden, L. HALBERSTAEDTER-Charlottenburg, J. HELLER-Charlottenburg, K. HERXHEIMER-Frankfurt a. M., M. HODARA-Konstantinopel, E. HOFFMANN-Bonn, H. HÜBNER-Elberfeld, W. W IWANOW-Moskau, J. JADAS-SOHN-Breslau, A. JORDAN-Moskau, M. JOSEPH-Berlin, E. KLAUSNER-Prag, V. KLINGMÜLLER-Kiel, W. KOLLE-Frankfurt a. M., A. KOLLMANN-Leipzig, E KROMAYER-Berlin, F. v. KRZYSZTA-LOWICZ-Warschau, R. LEDERMANN-Berlin, L. LEVEN Elberfeld, H. P. LIE-Bergen, E. MEI-ROWSKY-Cöln, G J. MESTSCHERSKY-Moskau, L. MOBERG-Stockholm, P. MULZER-Hamburg, O. NAST-Danzig, E. NATHAN-Nürnberg, L. NIELSEN-Kopenhagen, P. W. NIKOLSKI-Rostow a. D., G. NOBL-Wien, J. ODSTRČIL-Olmütz, M. OPPENHEIM-Wien, T. P. PAWLOW-St. Petersburg, M. PELAGATTI-Parma, A. PERUTZ-Wien, F. PINKUS-Berlin, H. C. PLAUT-Hamburg, S. POL-LITZER-New York, C. POSNER-Berlin, G. de PROBIZER-Rovereto, C. RASCH-Kopenhagen, E. RIECKE-Göttingen, P. RUSCH-Wien, E. SAALFELD-Berlin, F. SAMBERGER-Prag. J. F. SCHAMBERG-Philadelphia, W SCHOLTZ-Königsberg i. Pr., J. SCHUMACHER-Berlin, E. SEDER-HOLM-Stockholm, O. SEIFERT-Würzburg, L. TÖRÖK-Budapest, A. TRÝB-Brünn, P. UHLEN-HUTH-Freiburg i. B., K. ULLMANN-Wien, F. v. VERESS-Budapest, H. VÖRNER-Leipzig, W. WECHSELMANN-Berlin, J. WERTHER-Dresden, CH. J. WHITE-Boston, P. WICHMANN-Hamburg, U. J. WILE-Ann Arbor, F. WINKLER-Wien, K. ZIELER-Würzburg

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA — HAMBURG

J. H. RILLE — LEIPZIG

E. DELBANCO — HAMBURG

EINUNDACHTZIGSTER BAND

1925

JULI BIS DEZEMBER (Nr. 27—52)

MIT 79 SCHWARZEN ABBILDUNGEN UND 1 FARBIGEN IM TEXT

LEIPZIG / VERLAG VON LEOPOLD VOSS / 1925

Digitized by Google

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig

Digitized by Google

Inhaltsverzeichnis.

Originalarbeiten.

Seite

Eitererreger und Hautallergie im chronischen Ekzem. Von Franz Walter . . . 988
Der Leukozytensturz bei Leprösen. Von A. Paldrock 998
Kann Wismut das Quecksilber in der Syphilisbehandlung vollständig ersetzen? Von Hugo Hecht 1005
Zur Behandlung der Paraphimose. Von Friedrich Kirchheim 1009
Über den Einfluß der kongestiven Hyperämie und der Stauung auf die Quaddelbildung. Von L. Török und E. Rajka 1031
Ergebnisse der Syphilisforschung. Von Josef Schumacher 1040
Über Blastomycosis superficialis erosiva. Von Joh. Fabry 1071
Zu der Arbeit: Eigenartige Dermatose bei Polyzythämie. Von W. Richter . . 1075
Der Schwefel in der Gewebe- und Reiztherapie. Von B. Spiethoff 1077
Über Stärketeerbäder beim Pemphigus. Von Roman v. Leszczyński 1081
Thrombophlebitis am Präputium. Von Jul. Thieme 1083
Über regelmäßiges Vorkommen von Demodex folliculorum in den Pusteln von Rosacea pustulosa. Von Marie Kaufmann-Wolf † 1095
Über einen Fall von Schleiferknötchen. Von Leo Hess 1103
Über eine neue klinische Reaktion des syphilitischen Exanthems. Von A. Nadel 1105
Über intramuskuläre Kuhmilchinjektionen bei Zervixgonorrhoe. Von Ferdinand Hagen 1107
Über einen Fall von Ulcus vulvae acutum (Lipschütz). Von Benedykt Frommer 1111
Einige Bemerkungen über den amerikanischen Ursprung der Syphilis. Von G. Vorberg 1113
Leukokeratosis glandis penis verrucosa et simplex. Von T. Benedek . . . 1135, 1178
Die Fürsorge für geschlechtskranke Kinder. Von Ernst Levin 1145
Dermatitis papillaris capillitii Kaposi oder Narbenbildung nach chronischer Eiterung. Von E. Freund 1159
Über Hypotrichosis congenita hereditaria. Von Marie Unna 1167
Über Lupus acneiformis. Von C. F. Hahn 1199
Ein Beitrag zur Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens. Von Jos. Stangenberg 1209
Über einen Fall von Psoriasis arthropathica, kompliziert durch Akrodermatitis atrophicans. Von Otto Konrad Scholl 1223
Über zwei klinisch beobachtete Sklerodermiefälle. Von L. Sirota 1228
Über die Behandlung der Lues mit Wismut bzw. Wismut-Diasporal. Von Eugen Salkind 1232
Über die Bekämpfung der Nebenerscheinungen der Salvarsantherapie, insbesondere der Linserschen Mischspritze. Von Eugen v. Thurzó 1237
Von der Oppenheimschen Tartarusbehandlung der Mikrosporiasis. Von Karl von Berde 1263
Über den Einfluß der Jodalkalien auf die Syphilis, insbesondere auf die Wassermann-Reaktion. Von Josef Guszmann 1268
Über die sogenannte Urticaria chronica perstans. Von E. Lehner 1287
Ein Fall lokaler, erworbener Hypertrichosis über einem Knochengumma. Von Fritz Dahlmann 1290
Über die sogenannte Prostatahypertrophie und ihre operative Behandlung. Erfahrung an 185 Fällen. Von Max Funfack 1299

79985
Digitized by Google

Seite

Reinfektion und Superinfektion in ihren Beziehungen zur Heilung der Syphilis. Von Ernst Levin 1306
Beiträge zur Kenntnis der Alopecia areata. Von Galewsky 1327
Beobachtungen über Pemphigus vulgaris chronicus (drei Fälle bei Schwangerschaft, zwei Fälle von Pemphigus vulgaris congenitus). Von J. Werther . . 1334
Die Behandlung der Krampfadern mit intravarikösen Kochsalzinjektionen. Von K. Linser 1345
Ein Fall von Herpes miliaris confluens necroticans als psychogene Dermatose bei einer Hysterischen. Von August Hollenberg 1351
Die Porrigo amiantacea. Von Oskar Kiess 1355
Beiträge zur Kenntnis des Bruchkrautes (Herba Herniariae). Von E. Deussen 1374
Über Urethritis gonorrhoica polyposa bei der Frau. Von Richard Frühwald 1377
Ein Fall von prämykotischem Erythem im Beginn mit histologischer Untersuchung einer frischen erythematösen Läsion; Behandlung mit intravenösen Bromnatrium-Einspritzungen. Von Menahem Hodara und Gassin 1392
Über Prurigo lymphatica. Von Walter Rosenberg 1396
Zur Wirkung des Salvarsans bei der Tabes, Paralyse und der Abortivbehandlung der Syphilis. Von Josef Schumacher 1404
Zur Chemie des Lepraerregers. II. Mitteilung. Von A. Paldrock 1431
Ein Fall von multiplen Lippensklerosen. Von Emanuel Freund 1434
Unsere Erfahrungen mit den Trübungsreaktionen nach Dold und Meinicke. Von Moritz Kruspe 1436
Stomatitis gonorrhoica. Von C. Klepper 1440
Über die von Muchow und Levy angegebene Leprareaktion. Von M. Heinemann 1455
Der Komplementverbrauch bei Kohlensäureschneebehandlung der tuberösen Lepra. Von A. Paldrock 1456
Zur Entwicklung der Goldbehandlung bei menschlicher Tuberkulose. Bemerkungen zu der Arbeit von F. Heise, d. Zschr. Nr. 26. Von Carl Bruck 1460
Zur Etymologie der Alopezie. Von Erich Ebstein 1461
Zur Behandlungsfrage der Vulvovaginitis gonorrhoica infantum. Von Hermann Lewinsky 1462
Das Gewebsverhalten der künstlichen phlebitischen Thrombose. Von G. Nobl und W. Löwenfeld 1495
Über Verlängerung der Blutgerinnungszeit bei Dermatosen, speziell beim sogenannten konstitutionellen Ekzem. Von Josef von Deschwanden 1499
Der Schwefel in der Gewebs- und Reiztherapie. Von L. Görl und L. Voigt . . 1504
Das Eleïdin. Eine chromolytische Studie. Von Leon Lorberbaum und P. G. Unna 1519
Zur Chromolyse der Spirochaeta pallida. Von H. Mühlpfordt 1531
Über histopathologische Veränderungen am Zentralnervensystem bei Pemphigus. Von Karl Schreiner 1559
Über die Frage des Vorkommens von Pigmentmälern, Lentigines und Epheliden bei Mischung verschiedener Rassetypen. Von Hermann Werner Siemens 1563
Zur Hypertrichosisbehandlung von Edmund Saalfeld 1565
Entwicklung und Probleme der Liquorforschung bei Syphilis. Von V. Kafka . . 1567
Über die Beziehungen zwischen den Verrucae vulgares und den Condylomata acuminata. Von Konrad Brandes 1583, 1628
Über den Zusammenhang des Pemphigus vulgaris mit Veränderungen im Nervensystem (anatomische Veränderungen im Zwischenhirn). Von A. Buschke und Helene Ollendorf 1591
Der Salvarsangeruch. Bemerkungen zur Arbeit von E. v. Thurzó: Über die Bekämpfung der Nebenerscheinungen der Salvarsantherapie, in Bd. 81, Nr. 34 dieser Wochenschrift. Von Ernst Leibholz 1602
Vergleichende Untersuchungen über einige Methoden des serologischen Luesnachweises (Wassermannsche Reaktion, Sternsche Modifikation, Sachs-Georgi und Meinickesche Trübungsreaktion). Von W. Panofsky 1623
Über ein eigenartiges (tuberkulöses) Granuloma subinguinale. Von J. H. Rille . 1647
Die Stiche der Gliederfüßler und ihre Wirkung auf die Haut. Von Martini . . 1650
Über eine eigenartige Form von Sporotrichose mit Befund von Sporotrichon Gougeroti. Von O. Grütz 1660, 1709
Zwei Fälle von Hautleishmaniosis. Von A. Agronik 1665
Zum Wesen und zur Behandlung des Ulcus rodens. Von Dostrovsky 1674

Digitized by Google

Seite
Eitererreger und Hautallergie im chronischen Ekzem. Von E. Rajka 1678
Über die Vorbeugung der Salvarsanschäden. Von Seigo Minami 1679, 1716
J. A. Fordyce †. Von E. F. Müller 1682
Zur Diagnose und Behandlung des Lupus erythematosus. Von Joh. Fabry .. 1707
Weitere Beiträge zur Überempfindlichkeit der Haut. Von E. Lehner und E. Rajka 1732
Aolan bei Ekzem nach Pruritus, bes. nach Pruritus vulvae. Von Julie Bender 1734
Zu den Bemerkungen Richters zu unserer Arbeit: „Eigenartige Dermatose bei Polyzythämie". Von E. Pick und P. Kaznelson 1735
Schlußwort. Von Richter 1736
Zur Statistik der syphilitischen Osteoperiostitis. Von Arth. Jordan 1737
Die Grundgedanken eines neuen Strafgesetzbuchs und die Bekämpfung der Prostitution. Von Arthur Wegner 1741
Ein neues, sehr einfaches Koagulationsendoskop für die vordere Harnröhre. Von Fritz Landt 1747
Zu Unnas 75. Geburtstag. Von W. Weygandt 1748
Die Feier von P. G. Unnas 75. Geburtstag 1751
Zur Klinik der Lepriden. Ein Fall von Lichen leprosus. Von N. A. Tschernogubow und N. F. Pawlow 1771
Weitere Beiträge zur Überempfindlichkeit der Haut. Von E. Lehner und E. Rajka 1777
Erfahrungen mit Wismut-Diasporal. Von F. W. Portmann 1781
Über eigentümliche, die harnsauren Salze absorbierende Gebilde in den menschlichen Schweißdrüsenzellen. Von N. Melczer 1795
Ein Beitrag zur Erysipelbehandlung mit Streptoyatren. Von Karl Bleyer ... 1800
Das Salvarsan- bzw. Quecksilberexanthem als unspezifischer Heilfaktor der Syphilis. Von Hans Ritter und Otto Morsbach 1803, 1837
Über eine neue Anordnung der Syphilisbehandlung. Von Paul von der Porten 1811
Buccotean. Von Peter Nathan 1812
Über die Behandlung der Schuppenflechte mit Wismutinjektionen. Von S. Michailow 1835
Zur Geschichte der frühmittelalterlichen Syphilis. Von Philipp Hildebrandt 1843
Zur Pyotropinbehandlung des Lupus. Von H. Muchow 1863
Über die Bedeutung der Schnellfärbung der Syphilisspirochäten mit Spirsil. Von Josef Zollschan 1865
Gonorrhoischer Abszeß im Bizeps bei gleichzeitigem Fehlen von sonstigen gonorrhoischen Erscheinungen. Von K. Brandes 1867
Der Erfinder der Homöopathie. Von Kromayer 1870

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft 1443, 1684
Dermatologische Gesellschaft Hamburg-Altona 1411, 1570, 1603
Demonstrationen der Dermatologischen Abteilung des Israelitischen Hospitals in Budapest 1539
21. Kongreß der Società Italiana di Dermatologia e Venerologia 1751
Tagung Mitteldeutscher Dermatologen 1473
Versammlung Südwestdeutscher Dermatologen 1009
Wiener Dermatologische Gesellschaft 1052, 1241, 1275
Wissenschaftliche Ärztegesellschaft Innsbruck 1084

Fachzeitschriften.

Acta dermatologica (Japan) 1060, 1246, 1480
Acta dermatologica-venereologica 1025, 1614
Actas Dermo-Sifiliográficas 1024, 1510, 1723, 1787
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 1084, 1116, 1211, 1849
Annales des Maladies Vénériennes 1118, 1245, 1486, 1755, 1874
Archiv für Dermatologie und Syphilis 1423, 1572
Archives of Dermatology and Syphilology 1117, 1244, 1450, 1610, 1689, 1852
Börgyógyászati Urologiai és Venerologiai Szemle 1506
Bulletin de la Soc. Française de Dermatologie et de Syphiligraphie 1056, 1246, 1546, 1640, 1692
Ceská Dermatologie 1508, 1639, 1816

Digitized by Google

Seite

Dermatologische Zeitschrift 1022, 1188, 1546, 1612, 1784
Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilogia 1088, 1820
Japanese Journal of Dermatology and Urology 1056, 1215
Journal d'Urologie 1054, 1721, 1814
Niederländischer Dermatologenverein 1783
Proceedings of the Royal Society of Medicine 1061, 1635, 1853
Réunion Dermatologique de Nancy 1250
Réunion Dermatologique de Strasbourg 1058, 1248, 1687
Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie 1115, 1818
Russkij Wjestnik Dermatologii 1147, 1449, 1846
Kongreß der Schweizer Dermatologischen Gesellschaft 1277
The American Journal of Syphilis 1482, 1637
The British Journal of Dermatology and Syphilis 1148, 1448, 1485, 1724, 1873
The British Journal of Venereal Diseases 1086, 1447, 1853
The Urologic and Cutaneous Review 1119, 1481, 1757
Venerologia und Dermatologia 1190, 1694, 1871
Verhandlungen der Dänischen Dermatologischen Gesellschaft 1543
Zeitschrift für Urologie 1148, 1510, 1607

Personalien: 1030, 1094, 1158, 1198, 1326, 1430, 1454, 1518, 1558, 1622, 1730, 1770, 1794, 1878.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 27 (Bd. 81) 4. Juli 1925

Aus der Hautabteilung des St. Lazarus-Spitales in Krakau
(Primararzt: Dozent Dr. Fr. Walter).

Eitererreger und Hautallergie im chronischen Ekzem.

Von

Franz Walter.

Die endgültige Erklärung der Bedeutung eitererregender Mikroorganismen für eine ganze Reihe von Hautkrankheiten und insbesondere für das Ekzem ist ungemein erschwert durch den Umstand, daß diese Mikroorganismen in verschiedenen Dermatosen, welche untereinander in keinerlei ursächlichen Verhältnissen stehen, vorgefunden werden. Moderne Untersuchungen haben den Begriff des Ekzems weitgehend umgebaut, man hat vor allem aus der Ekzemgruppe Dermatosen parasitären Charakters ausgeschieden. Trotzdem ergeben sich grundsätzlich ungelöste Probleme, die Ätiologie und Pathologie des Ekzems betreffend, und die Anschauungen verschiedener Autoren allerletzten Datums sind weit entfernt von einer Einigkeit über diese Fragen.

Mandel betrachtet das Ekzem als durch Staphylo- und Streptokokken hervorgerufen. Török sieht den ätiologischen Faktor in äußeren Einflüssen chemischer und physikalischer Natur, welche an der Haut überempfindlicher Personen typische Veränderungen hervorrufen, wobei Eitererregern eine wichtige Rolle zukommt. Töröks Schüler Rajka hat es unternommen nachzuweisen, ob und welche Mikroorganismen auf der Haut Ekzemkranker vorkommen und inwieweit sie an der Entstehung des Ekzems beteiligt sind.

Die Anwesenheit von Mikroorganismen im menschlichen Körper setzt den gesamten Abwehrapparat in Bewegung; es werden Abwehrstoffe (Antikörper) gebildet, welche die Mikroorganismen zum Zerfall bringen und entfernen, gleichzeitig jedoch aus deren Körper toxische Substanzen freimachen. Staphylokokken sind jedoch schon an und für sich fähig, Toxine zu produzieren, worauf der betroffene Organismus durch Bildung von Antitoxinen antwortet. Im Organismus aber kommt es während und infolge des Kampfes zwischen Antigen (Bakterien) und Antikörper zur Entwicklung eines besonderen Zustandes der als Allergie bekannt ist. Diese Allergisierung des Organismus im Verlaufe chronischer Ekzeme trachtet nun Rajka nachzuweisen. Zu Untersuchungen dieser Art wurde er durch seine früheren Ergebnisse gedrängt, welche dahin gingen, daß die Bläschen von Impetigo vulgaris unter gewissen Umständen steril sind, trotzdem eine Infektion als Grundlage der Erkrankung keinem Zweifel unterliegt. Die sterilen Impetigobläschen sowie

Digitized by Google

höchstwahrscheinlich auch die ursprünglich sterilen Ekzembläschen verdanken ihre Entstehung der Einwirkung geschwächter oder abgetöteter Eitererreger, welche durch spezifische Antikörper vernichtet und deren freigemachte Toxine lokal im Gewebe Bläschenbildung hervorrufen. Wir müssen also annehmen, daß im Verlaufe des Ekzems eine Allergie des Gesamtorganismus, zumindest aber der Haut zustandekommt.

Eine genaue Bestimmung der Beteiligung von Eitererregern an der Ätiologie und Pathologie des Ekzems wäre also von größter Wichtigkeit; mit Recht verlangt Blaschko in seinem letzten Werk die Beantwortung der Frage, ob wirklich Mikroorganismen die unmittelbare Ursache des Ekzems darstellen und wie sie dieses bewirken.

In meinen Nachforschungen über die Hautallergie Ekzemkranker versuchte ich — durch die Ergebnisse Rajkas geleitet —, die Rolle von Eitererregern im Verlaufe des Ekzems zu erkennen und gleichzeitig den Bereich der Untersuchung auf humorale und Gewebsallergie zu erweitern.

Die Intensität der Abwehrvorgänge im infizierten Organismus kann anwachsen oder abnehmen; wenn nun Kokken die primäre Ursache des Ekzems bedeuten, so sind sie es eben, welche als Antigen die Schwankungen im Abwehrapparat bewirken und zu einer durch Rajka nachgewiesenen Allergie führen. Nach Rajka haben Mikroorganismen in der Entstehung gewisser Ekzemformen nur eine untergeordnete Bedeutung, in anderen spricht das klinische Bild an und für sich für eine parasitäre Ätiologie der Erkrankung. Gemäß dieser Anschauung gibt es zwei parallele Wege, auf denen eine nähere Erforschung der Entstehung des Ekzems gefördert werden kann.

Die krankheitserregende Wirkung von Mikroorganismen hängt vor allem von ihrer Virulenz ab; nicht minder jedoch von der Beschaffenheit der Gewebe. Das Gewebe als Substrat mit all seinen Abwehrfähigkeiten, anatomischen und biochemischen Eigenschaften hat für die Entwicklung des Krankheitsprozesses eine erstklassige Bedeutung. Die Haut beantwortet die Einwirkung von Mikroorganismen pathogener Natur durch Entzündungserscheinungen verschiedener Stärke, welche als Ausdruck physikomechanischer und physikochemischer Prozesse zu betrachten sind. In die letztere Kategorie fällt hauptsächlich die Bildung von Abwehrstoffen, die gegen die Krankheitserreger und ihre Produkte gerichtet sind (Bakteriolysine, Agglutinine, Präzipitine, Antitoxine, ja die Phagozytose und Opsoninbildung sind alle dahin zu rechnen).

In diesem Kampfe kommt es zur Bildung von Immunitätsverhältnissen sowohl in der Nähe des Krankheitsherdes als auch im gesamten Organismus; die ekzematogene Bedeutung der Mikroorganismen und ihre Rolle eines ätiologischen Faktors zu beweisen, fällt dem klinischen Beobachter schwer. Verimpfungen auf künstliche Nährstoffe ist nicht immer beweisend und kann auch harmlose Saprophyten zum Wachsen bringen. Auch andere Methoden sind nur allzuoft unzureichend. Die Agglutinationsmethode kann irreführende Resultate ergeben mit Rücksicht darauf, daß eine Infektion mit Eitererregern ja alltäglich vorkommt und ein Eiterherd, zunächst nicht feststellbar, im Organismus bestehen kann. Nach Kapuscinski gestattet auch die Hautreaktion auf Eiterkokken keine sicheren Schlüsse zu ziehen.

Digitized by Google

Zur Untersuchung der Hautallergie haben wir uns der Methode Rajkas mit gewissen Abänderungen bedient. Als Allergene hat Rajka hauptsächlich Autovakzine verwendet, welche aus allen Gattungen der im gegebenen Falle vorgefundenen Mikroorganismen verfertigt waren, meistens jedoch Staphylokokken enthielten. In unseren Versuchen gebrauchten wir in einer überwiegenden Anzahl der Fälle fremde polyvalente Impfstoffe oder auch die Delbetsche Vakzine „Propidon". Diese gab uns verhältnismäßig die besten Resultate, — sie besteht bekanntlich aus einer mehrere Wochen alten Bouillonkultur von Staphylo-, Streptokokken und Bac. pyocanei, welche gesondert gezüchtet und nachträglich gemischt sowie durch Erwärmen bei 62° C abgetötet werden; jedenfalls enthält die Vakzine nicht nur Bakterienleiber, sondern auch ihre Stoffwechselprodukte. Die gelegentlich verwendete Autovakzine bestand meistens aus Staphylo-, seltener aus Streptokokken.

Meistens gelang es uns nämlich, den Staphylococcus albus, aureus citricus und flavus zu züchten.

Diese Autovakzine wurden im Verhältnis 1 : 10 und 1 : 50, 1 : 200 verdünnt und erwiesen sich im Vergleich mit der Delbetschen 1 : 10 und 1 : 1 verdünnten Vakzine als bedeutend schwächere Allergene.

Wir injizierten das derart vorbereitete Allergen intrakutan in der Menge von 0,1 ccm am rechten Arm; oft aber auch in unmittelbarer Nähe des Krankheitsherdes oder im Krankheitsherd selbst. Die Reaktion wurde erst nach 24 Stunden bzw. 48 Stunden abgelesen, um die sofortige rein traumatische Einstichreaktion aus der Beobachtung auszuschalten. Als ausgesprochen positive Reaktion wurde ein deutlich palpables Knötchen in der Haut (etwa 0,6 cm im Durchschnitt) angenommen, als schwach positiv ein kleineres, jedoch deutlich fühlbares Knötchen. Erytheme kleineren oder größeren Umfanges wurden nicht in Betracht gezogen. Rajka pflegte seine Resultate nach 24 Stunden abzulesen; als Maßstab der Reaktionsstärke diente ihm die Ausdehnung des entzündlichen Randes. In Fällen in denen die Vakzine vorher mit Serum gemischt worden war, fand die Ablesung nach einer halben Stunde statt, um eventuelle Frühreaktionen zu verzeichnen.

Nach Einspritzung unserer Allergene beobachteten wir diese fast immer von 2—3 ccm Ausdehnung, manchmal sogar mehr ausgebreitet, die nach 15—60 Minuten vollständig schwanden; in 2 Fällen chronischen Kinderekzems blieben diese Erytheme länger, bis zu einigen Stunden bestehen. In Fällen zweifelloser Infektion durch Eiterreger war diese entzündliche Erythemreaktion sehr deutlich und in bedeutenden Dimensionen zu sehen.

In positiven Fällen konnte Rajka bei Ekzemkranken auch lokale Herdreaktionen in der Form von stärkerer Durchblutung, Nässen und Auftreten neuer Bläschen wahrnehmen. Diese frischen Veränderungen traten nicht nur in der Nähe des alten Krankheitsherdes, aber auch an entfernten Stellen auf. Rajka findet darin eine Analogie mit der Tuberkulinreaktion und begründet den Begriff einer Ekzemallergie. Diese Herdreaktion wird durch die unter der Einwirkung von Antikörpern im Krankheitsherd zerfallenden Eitererreger zustande gebracht. Wir können nur in einem Falle chronischen Ekzems eine deutliche Herdreaktion in

Digitized by Google

Gestalt von Erythem, Ödem und stärkeren Nässen beobachten, in allen anderen Fällen war keine Exazerbation der klinischen Erkrankung zu sehen. Die Herdreaktion trat jedoch deutlich genug in fast allen Fällen von eiteriger Infektion auf, was mit den Erfahrungen Rajkas im Einklang steht.

Rajka sah auch Allgemeinreaktionen nach Einspritzung von Allergenen; er fand Temperatursteigerung, Kopfschmerzen und Mattigkeit, sieht jedoch alldies nicht als allergische Erscheinungen an. Auch in unseren Fällen von Pyodermien wurden ähnliche Erscheinungen beobachtet; sie schwanden jedoch gänzlich nach einigen Stunden.

Zur Kontrolle wurden Intrakutanreaktionen auch an Kranken ohne klinische durch Eitererreger hervorgerufene Hautveränderungen vorgenommen, und zwar an 12 Lues- und Tripperkranken. Das Ergebnis was ausnahmslos negativ. Zur Feststellung eventueller unspezifischer Reaktionen bei an Ekzem und Pyodermie Kranken wurde auch Milch und Bouillon mehrfach intrakutan eingespritzt, jedoch in keinem Falle mit positvem Resultat.

Die erste Gruppe unserer Beobachtungen umfaßt 10 Fälle chronischen Ekzems, 1 Fall akuten Ekzems, 1 Fall von Neurodermitis chronica disseminata; die zweite Gruppe 23 Fälle von Hauterkrankungen mit unzweifelhafter ätiologischer Begleitung von Eitererregern, und zwar:

Ulcus cruris und Dermoepidermitis	2
Dermoepidermitis	4
Sycosis vulgaris	3
Acne rosacea	1
Acne vulgaris pustulosa	1
Furunculosis	3
Folliculitis suppur.	2
Acrodermatitis continua suppurativa Hallopeau	1
Impetigo contagiosa	6
	23

Außer diesen haben wir auch 2 Fälle von Dermatitis herpetiformis Duhring, 1 Lupus erythematosus, 1 Lupus erythematosus disseminatus, 1 Erythema nodosum und 1 Dermatitis medicamentosa untersucht.

Die erste Gruppe umfaßt 10 Fälle chronischen und 1 Fall akuten Ekzems. In 2 Fällen (darunter der Fall eines akuten Ekzems) wurden Autovakzine hauptsächlich aus Staphylokokken bestehend, mit durchwegs negativem Ergebnis angewendet, und zwar in einer Verdünnung von 1 : 10, 1 : 50 und 1 : 100. In den übrigen Fällen wurden sowohl die erwähnten Autovakzine als auch Delbets Propidon ebenfalls ohne positives Resultat versucht. Keinerlei lokale oder Allgemeinreaktion war festzustellen.

Die zweite Gruppe umfaßt 23 Fälle von eiteriger Infektion. In 2 Fällen von Impetigo vulgaris ergab eine eigens verfertigte Autovakzine (Staphylokokken) positive Reaktion. In allen übrigen Fällen wurde diese beiden Vakzine parallel mit Propidon intrakutan verwendet. Nachstehend die Ergebnisse: Reaktion stark positiv in 16 Fällen, mäßig in 6 Fällen, nämlich in 2 Impetigo contag., 2 Dermoepidermitis, 1 Acrodermatitis suppur. continua, 1 Furunkulosis. Völliges Ausbleiben der Reaktion in 1 Falle von Follikulitis. Außer der positiven Lokalreaktion wurden auch

Digitized by Google

Herdreaktionen als Ödem, Rötung und verstärktes Nässen der erkrankten Hautstelle beobachtet, und zwar in 2 Fällen von Sycosis vulgaris, 2 Impetigo contagiosa, 1 Dermoepidermitis und 1 mit Eiterprozessen verbundener Acne rosacea. Den vereinzelt auftretenden Allgemeinerscheinungen, wie Kopfschmerzen und Mattigkeit, wurde keine größere Bedeutung beigemessen.

In der dritten Gruppe, welche die Fälle von Dermatitis herp. Duhring, Lupus erythematodes, Erythema nodosum und Dermatitis medicamentosa umfaßt, waren die Ergebnisse sehr beachtenswert.

Krzysztalowicz und seine Schule zählen bekanntlich die Duhring-sche Krankheit zu den Hauterkrankungen, welche durch Eitererreger, und zwar durch Streptokokken hervorgerufen werden, betrachten sie also als eine Streptodermie. In allen Fällen konnte er nämlich in dem Inhalt ganz frischer Bläschen Streptokokken nachweisen. In beiden unseren Fällen gelang es uns, nachdem wir im Latenzstadium die Erkrankung durch interne Verabreichung von Jodkali einen neuen Schub hervorgerufen hatten, in den neu entstandenen Bläschen durch Verimpfung des Inhalts auf einen aus Bouillon und Menschenserum bestehenden, nach Sabouraud hergestellten Nährstoff Streptokokken festzustellen. Aus diesen wurde in einem Falle eine Autovakzine verfertigt, welche bei intrakutaner Einspritzung eine deutliche positive Reaktion ergab. Ebenso positiv fiel die Reaktion mit Propidon aus. Der zweite Fall war negativ. Der erste, dessen hervorragende Reaktionsfähigkeit auffällt, ist um so mehr bemerkenswert, als auch in ihm im latenten, also symptomlosen Stadium die Intrakutanproben mit Propidon und Autovakzine negativ verliefen und erst wiederholte Injektionen nach Auftreten sichtbarer Effloreszenzen deutlich positiv waren. Die Feststellung eines allergischen Zustandes der Haut im durch Eitererreger verursachten Morbus Duhring wäre eine wichtige Stütze für Krzysztalowiczs Ansicht, daß diese Erkrankung als Streptodermie anzusehen ist. Wie in anderen Fällen, so sind auch hier individuelle Bedingungen notwendig zur Entstehung der Krankheit. Wiederholte Schübe sprechen dafür, daß sich keine längerdauernde Immunität im Organismus ausbildet. Vielleicht besteht eine solche, sie wäre aber jedenfalls nur von kurzer Dauer und äußerst labil, da sie ja durch Jodkali so leicht ins Wanken gebracht wird. Dadurch wäre auch die nur zeitweise auftretende Hautallergie, welche wir beobachteten, zu erklären. Dies kann nur als Vermutung ausgesprochen werden bei dem völlig refraktären Verhalten des zweiten Falles. In den Fällen von Lupus erythematodes und Lupus erythematodes acutus disseminatus haben intrakutane Injektionen unserer Allergene (Delbets Propidon sowie Staphylo-Streptokokkenvakzine), deutlich positive Ergebnisse gezeigt. Bei Lupus erythematodes, war die Lokal-, Herd- und Allgemeinreaktion ungemein stark und die Temperatur stieg bis 38,5° C an. Diese Allergieerscheinungen würden Frau Dr. Füllenbaum recht geben, welche am Materiale der Krankenabteilung Leszczynskis in Lemberg nach Delbets Vakzine eine Herdreaktion bei L. erythematodes gesehen hat und darin die Bekräftigung der Ansicht findet, zumindest ein gewisser Teil der Fälle von L. erythematodes sei auf eine Infektion des Organismus durch Eitererreger zurückzuführen. In beiden unseren Fällen war die Tuberkulinreaktion negativ.

Digitized by Google

In einem Falle von Erythema nodosum wurde keinerlei allergische Reaktion festgestellt, ebensowenig wie bei Dermatitis medicamentosa.

Bei der Untersuchung der Hautallergie Ekzemkranker bediente sich RAJKA eines Allergens, auf welches er vorher normales Menschenserum sowie das Serum eines Ekzemkranken hatte einwirken lassen, die letztere Mischung gab stärkere Reaktionen. Um diese Ergebnisse zu kontrollieren und das Bestehen einer Allergie bei Ekzem nachzuweisen, führten wir ähnliche Versuche jedoch mit geänderten Allergenen durch.

In Fällen, wo die Tuberkulinreaktion an tuberkulösen Individuen negativ war, versuchte FELLNER eine Mischung von Tuberkulin und zerriebenem Gewebe des Knötchens einer anderweitig erzielten positiven Tuberkulinreaktion; dies führte zu positiven Reaktionen in 80% der Fälle, wo vorherige Impfungen ergebnislos verlaufen waren. In 60% der Fälle, in denen reines Tuberkulin nur eine unbedeutende Reaktion ausgelöst hatte, ergab die Mischung stärkere Reaktionen. Die Substanzen, welche eine Steigerung der Reaktionsintensität herbeiführten, nannte FELLNER Prokutine. Ein ähnlicher Weg wurde von uns eingeschlagen, um zu einem positiven Resultat zu gelangen. Wir exzidierten nach 24 Stunden das Knötchen nach einer positiven Reaktion, verrieben es in physiologischer Kochsalzlösung und vermischten diesen Extrakt zu gleichen Teilen mit unseren Allergenen, also polyvalenten Staphylo- und Streptokokkenvakzinen oder Propidon. Die Impfungen wurden mit frischer Mischung sowie nach Belassen der Mischung für 24 Stunden im Thermostat bei 37° C ausgeführt, und zwar an 5 Fällen von chronischem Ekzem, 3 Fällen eiteriger Hautinfektion (Acne rosacea, Dermoepidermitis, Follikulitis), und 1 Fall von Dermatitis herpetiformis.

In 4 Fällen von Ekzem gab das 24 Stunden alte Mischallergen keine Reaktion, in einem Falle war die Reaktion schwach positiv, nachdem reines Allergen nicht gewirkt hatte. In einem Falle der Pyodermiegruppe war kein Unterschied zwischen beiden Reaktionen zu bemerken — in zwei anderen Fällen fiel die Reaktion mit Mischallergen stärker aus. In dem Falle von Dermatitis herpetiformis waren beide Reaktionen von gleicher Intensität. Die Anwendung des Mischallergens unmittelbar nach seiner Zubereitung führte zu etwas verschiedenen Ergebnissen: die Reaktion war nur in einem Falle von Pyodermie stärker, bei Dermoepidermitis gleich mit der vorhergegangenen, bei Follikulitis etwas schwächer. Abgeschwächt war sie auch bei Dermatitis herpetiformis. Vollständig negativ waren die Versuche bei Ekzem, auch in dem einen Falle, wo 24 Stunden altes Mischallergen eine positive Reaktion ergeben hatte.

In einer gewissen Anzahl der Fälle versuchten wir die Mischung des gewöhnlichen Allergens mit dem Gewebeextrakt eines Hautstückes, welches einem allergischen Individuum fern von der Impfstelle entnommen war. Das Vorgehen war sonst dasselbe: das Hautgewebe wurde zerrieben und mit Allergen gemischt und dann entweder unmittelbar oder nach 24 Stunden verimpft, und zwar an 15 Fällen (überall 2 Impfungen), davon 6 Fällen von Ekzemen, 1 Fall von Neurodermitis, 7 Fällen von Pyodermie und einer Dermatitis herpetiformis DUHRING. Nur 1 Ekzem-

Digitized by Google

PROPERTY OF THE DERM RESEARCH LAB NOT TO

fall reagierte positiv auf das 24 Stunden alte Mischallergen II; es war dies derselbe, welcher auf das mit Gewebeextrakt eines Reaktionsknötchens gemischte Allergen positiv reagiert hatte. Bei Neurodermitis war das Ergebnis negativ. In 6 Fällen von Pyodermie war die Reaktion auf das 24 Stunden alte Mischallergen II stärker, in 1 Falle schwächer.

Anzahl der Fälle	Diagnose	Verimpfung	
		sofort	nach 24 Std.
2	Dermoepidermitis	stärker	stärker
1	Sycosis vulgaris	gleich intens.	"
2	Impetigo contag.	1 stärker	"
1	Acrodermatitis suppur. continua	gleich intensiv	"
1	Folliculitis suppur.	schwächer	schwächer

Im Falle von Dermatitis herpetiformis waren die Reaktionen auf beide Mischallergene gleich intensiv.

Ähnlich wie der Extrakt aus einen Reaktionsknötchen wirkt auch der Extrakt aus der anscheinend normalen Haut eines allergischen mit Pyodermie behafteten Kranken verstärkend auf die Intrakutanreaktion, und zwar fallen die Reaktionen noch stärker aus, wenn die Allergenmischung 24 Stunden lang bei 37° C belassen wird.

In jedem Falle von Ekzem und Pyodermie verwendeten wir auch eine Mischung des Allergens mit dem Serum eines deutlich allergischen Individuums. Rajka gebrauchte dazu normales Serum und das Serum Ekzemkranker, das mit ihnen gemischte Allergen beließ er $^1/_2$—48 Stunden im Thermostat in der Annahme, daß eine langsame Einwirkung von Antitoxinen des Serums eine größere Menge Toxine aus den Bakterienleibern freimacht und dies eine stärkere Intrakutanreaktion als bei Verwendung einfachen Allergens zur Folge haben muß. Unser Ziel war, zu erforschen, ob das Serum eines deutlich allergisch Kranken eine Verstärkung der Reaktion hervorrufen kann, oder gar den Umschlag einer negativen Reaktion in eine positive hervorrufen kann. Zur Unterscheidung der Wirkung aktiver und nichtaktiver Sera erhitzten wir eine Hälfte des verwendeten Serums bis zu 56° C durch $^1/_2$ Stunde und führten dann mit dem zu gleichen Teilen mit den beiden Sera vermischten Allergen zwei intrakutane Impfungen aus, zwei weitere folgten mit den auf 24 Stunden im Thermostat belassenen Gemischen.

In 11 Fällen von Ekzem waren diese Impfungen negativ, in Übereinstimmung mit der Impfung von Allergen allein. In 19 Fällen von Pyodermie waren die Ergebnisse wie umstehende Tabelle zeigt.

Wenn wir diese Impfungen von Allergen mit aktiven allergischen Seren den Impfungen von Allergen allein gegenüberstellen, so ergibt sich auf eine Gesamtzahl von 18 Fällen in 8 Fällen eine verstärkte, in 8 Fällen eine gleiche und in 3 Fällen eine schwächere Reaktion.

Die Impfung von mit inaktiviertem Serum gemischten Allergenen ergab keine größeren Unterschiede; die Resultate waren gleich denen aktiver Sera. In einem Falle von Dermatitis herpetiformis Duhring war die positive Reaktion gleich stark wie nach Allergen allein, im zweiten

Digitized by Google

Anzahl der Fälle	Diagnose	Impfungen mit Allergen, aktives Serum	
		frisch	nach 24 Stunden
4	Impetigo contagiosa	3 gleich intensiv, 1 schwächer	2 stärker, 1 schwächer, 1 gleich intensiv
2	Sycosis vulgaris	1 schwächer, 1 gleich intensiv	1 gleich intensiv, 1 schwächer
2	Furunculosis	1 schwächer, 1 gleich intentiv	2 gleich intensiv
4	Dermoepidermitis	1 stärker, 2 gleich intensiv, 1 schwächer	3 stärker, 1 gleich intensiv
2	Dermoepidermitis-ulcus cruris	2 gleich intensiv	1 stärker, 1 gleich intensiv
1	Acrodermatitis suppur. cont.	schwächer	schwächer
1	Acne vulgaris	stärker	stärker
1	Acne rosacea	stärker	stärker
2	Folliculitis suppur.	1 stärker, 1 gleich intensiv	2 gleich intensiv

negativ. Bei Lupus erythematodes war die Reaktion deutlicher, bei Erythema nodosum und Dermatis medicamentosa negativ.

Um sich zu überzeugen, ob normales Serum nicht auch verstärkend wirkt auf die Allergiereaktion, führten wir sie analog zu den vorherigen Versuchen durch mit aktivem und inaktiviertem Serum. Weder in Pyodermien noch in Ekzemfällen sahen wir eine solche Wirkung. In 3 Fällen von Pyodermie (1 Dermoepidermitis, 1 Impetigo contagiosa, 1 Acne rosacea) fiel die Reaktion schwächer aus als bei Verwendung von allergischem Serum (24 Stunden alte Allergene). Einen Unterschied in der Wirkung aktiven und inaktivierten Serums konnten wir ebenfalls nicht feststellen.

Die letzte Reihe von Versuchen nahmen wir vor mit dem Serum Ekzemkranker, um zu sehen, ob dieses nicht abschwächend auf unsere Allergene wirkt. Im Serum tuberkulöser Individuen mit verringerter oder aufgehobener Reaktionsfähigkeit fanden Pickert und Löwenstein Stoffe, welche die Entstehung der Tuberkulinreaktion erschweren — sogenannte Antikutine. Werner Jadassohn konnte dieselben Stoffe ebenfalls bei tuberkulösen, jedoch mit positiver Anergie behafteten, als auf größere Tuberkulindosen nicht reagierenden Personen feststellen. Doch sind diese Stoffe nur bei Anwesenheit von Komplement, also im aktiven Serum wirksam. Im Serum Gesunder konnte er Stoffen, welche die Reaktion abschwächen würden, nicht auf die Spur kommen. Ähnliche Stoffe wurden von H. Martenstein im Serum von Kranken mit Sarkoiden und Lupus pernio vorgefunden.

Wir vermischten das Serum Ekzemkranker, bei denen die Impfung reiner Allergene negativ war, mit unseren Allergenen zu 5%, 25% und zu gleichen Teilen und injizierten unmittelbar nachher oder nach 24stündiger Einwirkung im Thermostat bei 37° C. Das Serum wurde sowohl aktiv als auch inaktiviert verwendet.

Die Impfungen mit dem Serum Ekzemkranker vermischt mit Delbets Vakzine ergaben folgende Resultate:

Digitized by Google

Diagnose:	Reines Allergen	Allergisches Serum aktiv	Ekzemserum aktiv	Ekzemserum inaktiviert
1. Impetigo contag. . . .	++	+++	+++	++
2. „ „ . . .	++	+++	+	++
3. „ „ . . .	++	++	++	+
4. Dermoepidermitis . .	++	+++	++	++
5. „ . .	++	+++	++	+++
6. Sycosis vulgaris . . .	++	++	+	++
7. „ „ . . .	++	+	++	++
8. Follikulitis	++	++	+	+
9. Furunkulosis	++	++	++	++
10. Acne vulgaris	++	+++	+++	+++

Aus der obigen Zusammenstellung läßt sich keineswegs auf eine abschwächende Wirkung des Serums Ekzemkranker auf die Entstehung von Allergiereaktionen schließen. Dieselben Sera, mit Allergenen zusammen verimpft, führten andererseits auch nicht zu einer positiven Reaktion bei chronisch Ekzemkranken.

In allen diesen Versuchen war es möglich, einen allergischen Zustand der Haut mit aus eitererregenden Mikroorganismen hergestellten Allergenen nachzuweisen, jedoch nur in Hauterkrankungen, welche durch Eitererreger selbst verursacht wurden. Bei all diesen Erkrankungen, wo den obigen Ergebnissen gemäß Allergie bestand, konnte Kapuscinski in seinen in Krzystalowiczs Klinik über die Bedeutung der Eitererreger in der Ätiologie von Hautkrankheiten angestellten Untersuchungen durchweg beweisen, daß Eitererreger wirklich ihre Grundsache sind, daß diese Erkrankungen somit als Staphylo- und Streptodermien aufzufassen sind. Auch die Duhringsche Krankheit wird von Krzystalowicz zu der letzteren Gruppe gezählt, und unsere Feststellung einer Allergie der Haut in dieser Krankheit ist eine Stütze für diese Auffassung. Durch Infektion mit Staphylo- und Streptokokken entstehen auch die von Gougerot und Bernhardt beschriebenen impetigiösen Haut- und Oberhautentzündungen, die „dermoepidermites-microbiennes". Der Symptomkomplex dieser Abart der Hautentzündung, von Bernhardt klinisch und histologisch erschöpfend bearbeitet, ist ungemein charakteristisch. Es liegt ihm zumeist eine Mischinfektion zugrunde. Diese Art von Hautentzündungen steht dem chronischen Ekzeme so nahe, daß sie meistens zur Ekzemgruppe gezählt wird, jedoch nur, wie Bernhardt hervorhebt, „bei ungenauer Nachforschung nach ätiologischen Faktoren".

Diese Erkrankungen aus der Ekzemgruppe auszusondern, ist von allergrößter Bedeutung; ihre Ätiologie — eine Infektion mit Eitererregern — ist durch unsere Untersuchungen über Hautallergie und durch bakteriologische Untersuchungen anderer Autoren sichergestellt. Wie aus unseren Versuchen hervorgeht, konnten wir bei chronischem Ekzem keinerlei Allergie nachweisen; die Eitererreger spielen hier keine entscheidende Rolle und führen zu keinen solchen Veränderungen im Organismus, welche sich durch unsere Untersuchungsmethoden nachweisen ließen. So sagt mit Recht Jesionek, daß man in der Beurteilung der ätiologischen Bedeutung der an der Hautoberfläche vorgefundenen

Digitized by Google

Mikroorganismen sehr vorsichtig sein muß. Wenn aber Eitererreger die unmittelbare Ursache der Hauterkrankung darstellen, dann verändert sich die Reaktionsfähigkeit der Haut. Die Mikroorganismen produzieren Toxine (Staphyloplasmine und Staphylotoxine von Coles), welche in die Umgebung dringen und dort entzündliche Veränderungen hervorrufen und durch freigemachte Endotoxine auf den ganzen Organismus toxisch wirken. Außerdem entwickeln sich — nach Jesionek — auf Grund chemischer Reaktion zwischen Bakterientoxinen und den Zellsäften des affizierten Gewebes Stoffe, welche in benachbarte Gefäße gelangen und ihrerseits zu Entzündung führen. Die primären Toxine und die durch Einwirkung der Gewebssäfte modifizierten gelangen in den Blutkreislauf und verursachen auf diesem Wege eine Hypersensibilität der Haut. Zur Feststellung dieses allergischen Zustandes der Haut und mittelbar der Infektion durch Eitererreger als Krankheitsursache dienten uns intrakutane Impfungen unserer Allergene, deren Wirkung auf dreifache Art zu verstärken uns gelang.

Durch Mischung des Allergens mit dem Gewebsextrakte eines in der Haut bei positiver Reaktion nach intrakutaner Impfung entstandenen exzidierten und verriebenen Knötchens konnten wir eine Verstärkung positiver Reaktionen erzielen. Bei der Mischung des zerriebenen Gewebes kam es in vitro unter der Einwirkung der in einem solchen Knötchen enthaltenen Stoffe zum Zerfall der Mikroorganismen und Befreiung der Toxine. An Ort und Stelle, wo der Infektionserreger eingedrungen war, also in der so erkrankten Haut, bilden sich Substanzen, welche die Bakterienleiber auflösen und ihre Toxine befreien; diese verursachen ihrerseits die krankhaften Veränderungen und wirken auf den Organismus im Sinne einer Sensibilisierung. Im Körper eines mit ausgesprochener Allergie behafteten Kranken befinden sich diese Stoffe, welche die Mikroorganismen anzugreifen fähig und bestimmt sind, nicht nur dort, wo die Krankheitserreger einwirken, sondern auch an anderen Stellen der Haut in einem weiten Radius vom Krankheitsherd. Dort jedoch, wo es am meisten Not tut, müssen sie auch in größter Menge vorhanden sein; so fahndete auch Rajka nach ihnen im Bläschen der Impetigo vulgaris und des Ekzems. In diesen durch Zerfall der Bakterienleiber und die giftige Einwirkung ihrer Eiweißstoffe verursachten Bläschen lassen sich Eitererreger als solche nicht mehr nachweisen. An der Stelle der Einwirkung unserer Allergene, welche, aus getöteten Bakterien bestehend, als spezifischer Reiz zu wirken berufen war, mußte es zu einer größeren Ansammlung von Stoffen kommen, welche Bakterien auflösen; dieses Zusammentreffen befreite eine größere Menge von Toxinen, was weiter zur Verstärkung der Allergie führte. Durch Mischung des Allergens mit dem verriebenen Knötchen einer vorher positiven Reaktion lösen wir in vitro einen ähnlichen Vorgang aus: es werden aus den Mikroorganismen unter dem Einfluß bakterienlösender Stoffe Toxine freigemacht. Das so veränderte Allergen wird dem allergischen Organismus einverleibt und ruft eine stärkere Reaktion hervor, da ja in ihm eine größere Menge Toxine vorhanden ist, welche schneller wirkt, als wenn sich der ganze Vorgang normal entwickeln müßte.

Der Vorgang der Befreiung von Toxinen in vitro benötigt Zeit, und

Digitized by Google

deshalb erhielten wir auch stärkere Reaktionen mit Allergengemischen, welche 24 Stunden lang im Thermostat belassen worden waren.

Dasselbe Phänomen einer Reaktionsverstärkung beobachteten wir auch bei Verwendung von Allergenen, welche mit einem gewöhnlichen Hautextrakt allergischer Individuen vermischt wurden. Stoffe, welche auf die Reaktion verstärkend einwirken können, finden sich also nicht nur in einem bei positiver Reaktion entstandenen Knötchen, sondern auch im Hautgewebe, selbst weit vom Krankheitsherd und Impfstelle entfernt, und können in vitro unser Allergen in analoger Weise im Sinne einer Lösung der Bakterienleiber und Befreiung von Toxinen beeinflussen.

Gleichartige Substanzen, welche eine Verstärkung der allergischen Reaktion herbeiführen könnten, suchten wir auch im Serum von Kranken nachzuweisen, deren Hautleiden durch Eitererreger verursacht war und welche auf die gewöhnlichen Allergene deutlich reagiert hatten. Rajka sah eine verstärkte Reaktion nach Vermischung des Allergens mit dem Serum Ekzemkranker. Werner Jadassohn fand im Menschenserum Stoffe, welche die Tuberkulineinwirkung steigerten; ähnliche Stoffe von analoger Wirksamkeit stellte Martenstein im Serum Trichophytiekranker fest. Bei Verwendung eines Gemisches von Allergen und Serum deutlich allergisch Kranker erhielten wir in unseren Fällen eine Verstärkung der Intrakutanreaktion bei Pyodermien. Zwar war die Reaktion schwächer im Vergleich mit derjenigen, welche durch ein Gemisch mit dem Gewebssaft von Reaktionsknötchen erzielt wurde; die Menge von Stoffen, welche Bakterien zum Zerfall bringen, war hier offenbar geringer als im Gewebe. Jedenfalls war die Anwesenheit von reaktionssteigernden Stoffen auf diese Weise nicht nur für das Gewebe, aber auch für das Serum bewiesen. Ein Unterschied zwischen aktivem (komplementhältigem) und inaktiviertem Serum wurde nicht bemerkt.

Das normale Serum gab, vermischt mit Allergen, keine solchen Resultate wie das Serum Allergischer. Die Reaktionen waren an Intensität unverändert, was wieder dafür spricht, daß nur das Serum allergischer Kranker reaktionssteigernde Stoffe enthält.

Das Serum Ekzemkranker verhielt sich wie das Serum Gesunder und verstärkte die Reaktion nicht; doch war auch anderseits keinerlei abschwächende Wirkung, analog wie in dem Versuche an Tuberkulösen bei spezifischer Allergie zu sehen.

Das Ziel unserer Untersuchungen war die Rolle von Eitererregern bei der Entstehung des chronischen Ekzems nachzuweisen, und zwar durch Feststellung spezifischer Allergie; die verwendeten Methoden waren diejenigen Rajkas, jedoch umgearbeitet und modifiziert. Die Eitererreger, welche in Ekzemherden gefunden werden, rufen im Organismus keine Veränderung im Sinne der Entwicklung eines allergischen Zustandes hervor; sie bedeuten also auch nicht den einzigen und hauptsächlichen Faktor in der Ätiologie des Ekzems. Solche Veränderungen im Verhalten des Organismus konnten wir nur dort nachweisen, wo Eitererreger unbestreitbar die Hauptrolle spielen, also in Staphylo- und Streptodermien. Durch Untersuchung der Hautallergie vermochten wir aber die pathogene Wirkung von Eitererregern in dem Ekzem ungemein ähnlichen impetigo-

Digitized by Google

artigen Hautentzündungen (Dermoepidermitis) beweisen, welche, wie Bernhard und Karuscinski hervorheben, irrtümlich zu der Ekzemgruppe gerechnet wurden.

Literatur.

Bernhardt, Przegl. derm., Bd. 19, Nr. 2. — Bernhardt, Choroby skóry, 1922. — Bosellini, La dermatologia nei suoi rapparti con la medicina interna Milano. — Brocq, Précis-Atlas de pratique dermatol., 1921. — Gerber, W. kl. W., 1920, Nr. 35. — Hammer, Derm. W., 1922. — Hammer, Arch. f. Derm., Bd. 145. — Hecht, W. kl. W., 1920, Nr. 47. — Jesionek, Biologie der gesunden und kranken Haut. — W. Jadassohn, Kl. W., 1923, Nr. 20. — W. Jadassohn und Martenstein, Kl. W., 1923, Nr. 26. — Kapuscinski, Przegl. derm., Bd. 18, Nr. 4; Zbl. f. Hautkrkh., Nr. 13. — Krzysztalowicz, Przegl. lek., 1902. — Krzysztalowicz, Rozprawy Akademji n. lek., Bd. 1. — Krzysztalowicz, Zakazenia ropne skóry. Podrecz. chorob zakaz, 1923. — Mandel, Zbl. f. Hautkrkh., Bd. 10. — Martenstein, Arch. f. Derm., Bd. 136, 142, 147. — Rajka, Arch. f. Derm., Bd. 141. — Toböck, Derm. W., Bd. 76; Verhandlungen der deutsch. derm. Gesellsch., Arch. f. Derm., Bd. 145.

Der Leukozytensturż bei Leprösen.

Von

Prof. A. Paldrock,

Direktor der dermatologischen Universitätspoliklinik in Dorpat.

E. F. Müller wies nach, daß auf jede Intrakutaninjektion sowie auf sonstige Hautreize hin es zu einer Verminderung der Leukozytenzahl im peripherischen Blute kommt. In dieser Erscheinung sieht er einen unter Mitwirkung der Haut zustande kommenden leukozytären Verschiebungsreflex, der durch echte Vagusreizung hervorgerufen wird. Ihren Ausdruck findet sie in einer zeitweiligen Vasodilatation im Splanchnikusgebiet und einer durch die Gefäßwandänderung bedingten Anreicherung der Leukozyten in diesem Gebiete, was zur weiteren Folge eine entsprechende Leukopenie des peripheren Blutes hat. An dieser Anreicherung nehmen stets die voll ausgebildeten, neutrophilen, segmentkernigen Leukozyten teil, während ihre Vorstufen unbeeinflußt bleiben; unbeeinflußt bleiben die Mononukleären und in der Regel auch die Lymphozyten, welche im perpherischen Blute in unveränderter Weise nachweisbar bleiben, wie auch die Eosinophilen; über die Basophilen läßt sich noch kein Urteil abgeben.

Der nach stattgehabter Hautreizung eintretende Leukozytensturz erreicht seinen niedrigsten Punkt meist nach 20—30 Minuten, welchen ein Ansteigen bis zur Ausgangszahl oder wenig darüber folgt. Dieser Ausgleich der plötzlichen Änderung in der Verteilung der vom Knochenmark abstammenden Leukozyten in der Blutbahn beweist, daß es sich hierbei nicht um ein Zugrundegehen der fehlenden Zellen handelt, sondern es muß angenommen werden, daß diese in den Gefäßgebieten der inneren Organe zeitweilig zurückgehalten werden. Eine gleiche Beeinflussung der Leukozytenverteilung gelang in keinem Fall mittels subkutaner oder intramuskulärer Zuführung der gleichen Menge und der gleichen Flüssigkeit. Die Untersuchungen Müllers haben also den

Digitized by Google

Nachweis engster Beziehungen der Haut zu den Leukozyten des strömenden Blutes erbracht und die Bedeutung der Haut für das Zustandekommen biologischer Vorgänge erneut in den Vordergrund gerückt.

Weiter zeigten seine experimentellen Untersuchungen, daß der von der Haut ausgelöste Impuls auf das autonome Nervensystem durch pharmakodynamische Substanzen blockiert oder abgeändert werden kann (Adrenalin, Atropin, Pilokarpin) und daß eine anatomische Unterbrechung bzw. Störung der Reizleitungsbahn durch Sympathektomie eine Auslösung des Leukozytensturzes von den betroffenen Hautgebieten aus wesentlich ändern kann.

Nach Kartamischew bestätigten Stoff und Waller bei ihren Nachprüfungen das regelmäßige Eintreten des Leukozytensturzes nach intrakutanen Injektionen; sind aber nicht einverstanden, diese Erscheinung durch Vagusreizung zu erklären. Während Stoff und Siefers die Annahme eines ausschlaggebenden Einflusses des vegetativen Nervensystems auf die alimentär auszulösenden Blutbildschwankungen ablehnen, betonen Schubert, daß bei Auslösung obengenannten Phänomens von der Peripherie aus alles für einen Reflexvorgang spricht, und Vollmer, daß intrakutane Kochsalzinjektionen und thermische Hautreize (Bäder, Chloräthylvereisung) zu einer Vagusreizung führen, die Säureausscheidung im Harn herabsetzend.

Ritter spritzte intrakutan 0,3 einer 5%igen Milchzuckerlösung, Ol. olivarum oder fraktioniert sterilisierten Mohrrübensaft und erhielt bei 20 untersuchten Fällen nach 20 Minuten Leukozytensturz im peripherischen Blut; diese Erscheinung blieb aber aus, wenn dieselben Stoffe und in gleicher Dosis subkutan gespritzt wurden. Das beweist, daß die Haut imstande ist, besondere Funktionen auszulösen, welche sich im Leukozytensturz äußern und die Angaben E. F. Müllers bestätigen.

Gans bestätigt den von E. F. Müller berichteten Leukozytensturz bei Hautgesunden; Hautkranke dagegen gaben keine derartige Verschiebung im Blutbild. Dieser Gegensatz in dem Befinden bei Hautgesunden und Hautkranken dürfte vielleicht die Möglichkeit bieten, die Bedeutung der Haut als eigenes selbständiges Organ mit dessen Einschaltung in die gesamte normale und pathologische Physiologie des Organismus zu zeigen.

Kartamischew untersuchte das Verhalten des Leukozytensturzes bei Dermatosen nach intrakutanen Injektionen von 0,2 Aolan und Lactin, wobei er eine Differenz von mindestens 2000 Leukozyten in 1 cmm als verwertbare Zahlveränderung ansah. An Gesunden trat die Reaktion stets längstens nach 30 Min. auf und blieb eine Zeitlang bestehen, um dann langsam zur Ausgangszahl zurückzukehren. Ebenso prompt reagierten 5 Fälle von umschriebenen Hautkrankheiten, wo die Schädigung auf ein kleines Gebiet beschränkt war; es waren Dermatitis des Handrückens, Lupus erythematodes der Nase, Impetigo nach Skabies, Follikulitis und eine seropositive Sklerose.

Der Leukozytensturz blieb bei 30 Fällen aus: bei universellen Dermatosen, bei welchen das ganze Hautorgan erkrankt war;

Digitized by Google

ferner bei umschriebenen Erkrankungen (Lupus vulgaris) und Lues des sekundären und tertiären Stadiums. In 25 von diesen 30 Fällen trat keine Differenz von weniger als 2000 Leukozyten im Kubikmillimeter auf; bei weiteren 5 Fällen kam es sogar zu einer paradoxen Reaktion, d. h. zu einer Leukozytose um mindesstens 2—3000 in 1 cmm Blut. Vorgenommene Kontrolluntersuchungen bestätigten die Richtigkeit der paradoxen Reaktion. Mittels Adrenalin und Pilokarpin konnte nachgewiesen werden, daß das Ausbleiben der Leukopenie bei diesen Hautkranken nach intrakutanen Aolaninjektionen nicht auf eine allgemeine Unfähigkeit des Organismus, mit Leukopenie zu reagieren, zurückzuführen ist, sondern daß der Grund für dieses Verhalten in der erkrankten Haut zu suchen ist, welche nicht imstande ist, den Reiz der Intrakutanreaktion in normaler Weise zu verarbeiten. Solche Hauterkrankungen waren: universelle chronische Dermatosen, wie Psoriasis, Lichen, Pemphigus, Ekzem, Ichthyosis und andere, welche schon durch Chronizität und universelle Ausbreitung eine Störung der biologischen Funktionen der Haut erwarten ließen. Ebenso ist es bei solchen Fällen, bei welchen die Dermatose nur die äußere Manifestation einer infektiösen Allgemeinerkrankung ist, wie z. B. Lues II und III und auch Lupus vulgaris.

Kartamischews Untersuchungen haben also gezeigt, daß das kranke Hautorgan nicht imstande ist, das Phänomen des Leukozytensturzes auszulösen, weil ihr eine normalerweise vorhandene Funktion fehlt.

Von Interesse war mir, das Verhalten der mit Lepra tubera behafteten Haut bei Reizen, welche durch Erfrieren mittels CO_2-Schnee gesetzt werden, näher kennen zu lernen. Aller Wahrscheinlichkeit nach mußte auch bei diesem chronischen, die Haut stark in Mitleidenschaft ziehenden Leiden ein Fehlen der Fähigkeit, auf normale Weise zu reagieren, festzustellen sein.

Als Vorversuche nahm ich Beobachtungen an erwachsenen Hautgesunden und einigen Hautkranken vor, jedesmal einen beliebigen Hautbezirk an 10 Stellen je 4—6 Sekunden lang der CO_2-Wirkung unterziehend. Diese wie auch alle folgenden Versuche wurden vormittags zwischen 10 und 12 Uhr vorgenommen. Vor dem Erfrieren wie auch alle 15 Minuten nach dem Erfrieren wurde aus einer Fingerkuppe mittels eines Stiches Blut gewonnen und in ihm die Leukozytenzahl festgestellt; leider war es uns nicht möglich, hierbei auch noch das prozentuale Verhältnis der einzelnen Formen zur Gesamtzahl zu berücksichtigen. Von den 7 untersuchten Hautgesunden führe ich hier nur folgenden Fall als Beispiel des immer gleichbleibenden Typus der Befunde an. 10600 Leukozyten fanden sich im Kubikmillimeter vor der CO_2-Einwirkung; nach derselben aber 8200, 6600, 11200 und 13600, der mittels CO_2-Schnee gesetzte Kältereiz hatte also eine anfängliche Verminderung der Leukozytenzahl um 4000 zur Folge, welcher Leukozytensturz schon in 30 Minuten erreicht war, und dann im Verlaufe weiterer 30 Minuten einen Anstieg ihrer Anzahl, welcher am Schlußpunkte noch den Ausgangswert um 3000 überstieg.

Ein Naevus-pigmentosus-Fall reagierte mit so extremem Leukozytensturz, daß die Zahl von 11000 im Kubikmillimeter in 45 Minuten

Digitized by Google

auf 5800 sank, um dann allmählich über die Ausgangszahl hinüberzuschnellen; ein Fall von Mycosis fungoides aber, bei dem nur die hühnereigroßen Granulome der CO_2-Wirkung unterzogen wurden, gab nach 15 Minuten einen Sturz mit Verminderung von 2000 Leukozyten und ließ als Schlußwert des Anstieges 1500 mehr als die Ausgangszahl vermerken.

Aus diesen Versuchen geht hervor, daß die Art der CO_2-Schnee-Anwendung, wie ich sie bei meiner Leprabehandlungsmethode handhabe, einen so erheblichen Reiz fürs Hautorgan darstellt, daß er sich bei Hautgesunden durch extreme Ausschläge im Leukozytensturz kennzeichnet.

Alle hier zur Besprechung kommenden Leprösen litten an Lepra tuberosa. Sie sind verschiedenen Alters und Geschlechts und verschieden lange mit der Krankheit behaftet, weshalb sie verschieden entwickelte Stadien ihrer Krankheitsmanifestation aufweisen.

Zunächst stelle ich hier zwei noch nicht behandelte Fälle einander gegenüber.

1. Frau L. R., 44 Jahre alt, ist seit 2 Jahren krank und hat nur vereinzelte bis erbsengroße Knoten an den Armen. Die Leukozytenzahl war vor der CO_2-Schnee-Anwendung 8300 im Kubikmillimeter; 15 Min. nach derselben 6400 und später 7400, 7450, 7500. — Die Patientin reagierte schon in 15 Min. mit normalwertigem Sturz, kehrte aber in den darauffolgenden 45 Min. nicht bis zum Ausgangswerte zurück, sondern erreichte nur die Hälfte der Strecke bis zu ihm.

2. Mann J. E., 25 Jahre alt, ist seit 20 Jahren krank und weist als Manifestation seiner sehr vorgeschrittenen Krankheit reichlich große Tubera im Gesicht, auf Armen, Beinen und Körper auf. Die Leukozytenzahl vor der CO_2-Schnee-Anwendung war 8300; 15 Min. nach derselben 9300 und später 9000, 8800 und 8600. — Der Patient reagierte also paradox, indem schon in 15 Min. statt des Sturzes gleich ein Anstieg eintrat, und die ihm folgende Verminderung der Leukozytenzahl erreichte in 45 Min. den Ausgangswert nicht wieder.

Während bei normal verlaufender Reaktion der Sturz sich erst in 30 Min. abspielt und ihm ein Anstieg bis zum Ausgangswerte oder wenig darüber in weiteren 30 Min. folgt, sehen wir bei beiden Leprösen eine schon in 15 Min. die weitesten Punkte erreichende beschleunigte Reaktionsfähigkeit, welche aber rasch abklingt und eine gemächlich sich hinziehende Verlangsamung derselben folgen läßt, so daß nach weiteren 45 Min., wo die Reaktion schon beendet sein müßte, das Endziel noch nicht erreicht ist. Ein erregtes Aufflackern, von kraftlosem Hinsiechen begleitet.

Während der frische Fall mit seinen vereinzelten Knötchen wie eine zirkumskripte Hautkrankheit mit Sturz reagierte, zeigend, daß der Haut die Fähigkeit, dieses Phänomen auszulösen, noch innewohnt; äußerte sich der alte Fall mit seinen über den ganzen Körper zerstreut ausgebreiteten Knoten in paradoxer Reaktion mit einem Anstieg der Leukozyten, als Ausdruck dessen, daß das Hautorgan stark in Mitleidenschaft gezogen ist und die Fähigkeit mit Sturz zu reagieren nicht mehr besitzt. Beides Erscheinungen, welche vorhin beim Verhalten anderer Hautkrankheiten Erwähnung gefunden haben.

Weitere Beobachtungen betreffen Lepröse, welche in Abständen von nicht weniger als 14 Tagen und zum letzten Male aber am 5. Mai 1924 der CO_2-Behandlung unterzogen waren. Alle Leprösen wiesen ein wenn

Digitized by Google

auch gradlich verschiedenes Zurückgehen der Hauterscheinungen und eine Besserung des Allgemeinbefindens auf. Die fortlaufende Nummer kennzeichnet jeden Patienten und finden sich bei ihm noch folgende Angaben: Anfangsbuchstaben ihrer Namen, Alter, wie lange leprös, in welchem Maße die Krankheit sich ausgebreitet hat, wievielmal CO_2-Schnee angewandt worden war und wieviel Tage nach der letzten Behandlung die Leukozytensturzbestimmung vorgenommen wurde; bei den Leukozytenzahlen (Lz.) bezeichnet die erste den Ausgangswert vor der CO_2-Anwendung, die vier folgenden Zahlen aber zeigen das Verhalten der Leukozyten nach dieser, wobei letztere alle 15 Min. gezählt wurden, also $^1/_4$, $^1/_2$, $^3/_4$ und 1 Stunde nach stattgehabter CO_2-Anwendung. Nur drei von den Patienten waren männlichen Geschlechts, weshalb bei diesen sich die Angabe Mann findet; alle übrigen aber waren Mädchen oder Frauen.

3. L. P., 63 Jahre alt, 3 Jahre leprös, reichliche Tubera, hat 21 mal CO_2 angewandt bekommen, nach einer Pause von 7 Tagen war die Lz. **4100**; 3600, 3700, 3500, 3900.

4. W. T., 23 J. alt, 6 J. l., reichlich Tubera, 28 mal CO_2 und außerdem noch 6,0 Nastin B_1 und 12,0 Nastin B_2, nach 7 Tagen Lz. **4900**; 3900, 3700, 3900, 4200.

5. J. T., 20 J. alt, 8 J. l., Ulcus cruris und sehr viel Tubera, 9 mal CO_2 nach 8 Tagen Lz. **8000**; 6900, 6800, 7300, 7800.

6. L. K., 32 J. alt, 4 J. l., mäßig Tubera, 23 mal CO_2, nach 8 Tagen Lz. **9500**; 6900, 7800, 8700, 9200.

---

7. M. S., 50 J. alt, 3 J. l., schwere Erkrankung, 19 mal CO_2, nach 9 Tagen Lz. **6500**; 6400, 6800, 6700.

8. Mann J. J., 35 J. alt, 2 J. l., mäßig Tubera, 3 mal CO_2, nach 7 Tagen Lz. **7800**; 8000, 7800, 7100, 7300.

---

9. P. T.. 21 J. alt, 5 J. l., mäßig Tubera, 22 mal CO_2 und außerdem noch 14,0 Nastin B_1 und 18,0 Nastin B_2, nach 7 Tagen Lz. **6900**; 7800, 7500, 7200, 6700.

10. L. K., 49 J. alt, 10 J. l., reichlich Tubera, 7 mal CO_2, nach 9 Tagen Lz. **6200**; 8400, 8500, 7300, 6000.

---

11. Mann A. K., 23 J. alt, 5 J. l., schwere Erkrankung, 22 mal CO_2, nach 8 Tagen Lz. **6000**; 6000, 6400, 6300, 6200.

12. A. P., 54 J. alt, 6 J. l., sehr schwere Erkrankung, 16 mal CO_2, nach 10 Tagen Lz. **3100**; 4100, 4200, 3800, 3400.

13. J. K., 28 J. alt, 5 J. l., mäßig Tubera, 3 mal CO_2, nach 9 Tagen Lz. **6500**; 8300, 8000, 7600, 7200.

14. L. S., 48 J. alt, 5 J. l., schwere Erkrankung, 18 mal CO_2, nach 8 Tagen Lz. **7800**; 10500, 9900, 8600, 8100.

15. A. L., 49 J. alt, 5 J. l., schwere Erkrankung, 20 mal CO_2, nach 7 Tagen Lz. **6800**; 9300, 8900, 8000, 7300.

Von diesen mit CO_2 behandelten Patienten reagierten auf diesen Kältereiz die 4 ersten mit einem Leukozytensturz, weitere 2 Patienten mit Schwankungen und die 7 letzten mit einem Anstieg — also paradox.

Den 3. Teil von der Gesamtzahl ausmachend, umfaßt die 1. Gruppe die Patienten Nr. 3—7, welche mit einem Leukozytensturz reagierten. Nr. 3 war wegen ihrer über die ganze Körperoberfläche reichlich verteilten Tubera 21 mal mit CO_2-Schnee behandelt worden und bot jetzt, als die Sturzreaktion vorgenommen wurde, weitgehende Besserung des Zustandes sowie einen schon in 45 Min. erfolgenden mäßigen Lenkozytensturz. Nr. 4 mit 6 Jahre schon bestehender vorgeschrittener Lepra war 28 mal mit CO_2-Schnee und Nastin behandelt, und als sehr Gebesserte gab auch sie einen ausgesprochenen Sturz von 1200 Leukozyten; das-

Digitized by Google

selbe Resultat erhielt man auch bei der 9mal mit CO_2-Schnee behandelten schon 8 Jahre Kranken Nr. 5. Am größten war der Leukozytensturz bei Nr. 6, bei welcher nach 23maliger CO_2-Schnee-Anwendung alle Knoten fast resorbiert waren, indem eine Verminderung der Leukozyten um 2600 eintrat. Alle 5 aber erreichten nach Ablauf einer Stunde den Ausgangswert nicht wieder.

Mit Schwankungen reagierten die seit ein paar Jahren kranken Nr. 7 und 8. Während bei Nr. 7 der anfänglichen unbedeutenden Verminderung ein kleiner Anstieg folgte, welchen wieder eine Verminderung der Leukozytenzahl sich anschloß, bot Nr. 8 geringen Anstieg, Verminderung und wieder Anstieg als Schwankungsbild, so daß beide Kurventypen einander diametral gegenüberstehen. Beide Reaktionen verliefen welk und erreichten zum Schluß ihre Ausgangswerte nicht. Nr. 7 war als schwerer Fall mit CO_2-Schnee 19mal behandelt worden, Nr. 8 als mäßig ausgebildeter 3mal.

Mehr als die Hälfte der Gesamtzahl ließ sich als 3. Gruppe abteilen; es sind das die Patienten Nr. 9—15, welche alle paradox, also mit einem Anstieg statt des Sturzes reagierten. Bei allen hatte die Krankheit 5 und mehr Jahre bestanden und waren es vorgeschrittene Fälle, mit Ausnahme von Nr. 9 und Nr. 13, welche mäßig viel Manifestationen aufwiesen; zu erwähnen ist hier noch, daß Nr. 9 mit CO_2-Schnee 22mal behandelt worden war und 2 Nastinkuren durchgemacht hatte, als die Reaktion bei ihr vorgenommen wurde. Nur bei den Patienten Nr. 9 und 10 fiel der Schlußwert der Lenkozyten unter ihren Ausgangswert herab, bei den übrigen 5 Kranken aber erreichte derselbe den Ausgangswert nicht. Während bei Nr. 11 und 12 der Anstieg erst in 30 Min. erfolgte und sich in Grenzen von 400—900 Leukozyten hielt, gaben Nr. 13, 14 und 15 schon in 15 Min. die höchsten Anstiegwerte mit 1800, 2800 und 2500 Leukozyten.

Aus dem bisher Angeführten läßt sich eine wesentliche Beeinflussung der Reaktion durch Alter oder Geschlecht nicht erkennen, wohl aber muß eine solche der Dauer des Bestehens der Krankheit und dem Grade des Befallenseins der Haut zugesprochen werden; sehen wir doch bei längere Zeit bestehender und vorgeschrittener Krankheit, wobei das Hautorgan stark in Mitleidenschaft gezogen worden ist, ein paradoxes Reagieren derselben, während kürzere Zeit und weniger befallene Haut noch fähig ist, mit Sturz zu reagieren. Eine Zwischenstufe bilden die mit Schwankungen reagierenden Fälle. Möglich, daß diese dazu dienen könnten, uns Fingerzeige über den Wert der CO_2-Schnee-Behandlung zu geben, wenn sie bei fortgesetzter Behandlung nach der einen oder anderen Richtung hin zu reagieren anfangen. Die bisherigen Erfahrungen ermöglichen es nicht, zu entscheiden, wie weit die stattgehabte CO_2-Behandlung bei den hier wiedergegebenen Beobachtungen mitzusprechen hatte; schon deshalb nicht, weil Vergleichswerte aus der Zeit vor dem Beginn der Behandlung fehlen.

Zehn von den im Mai beobachteten Patienten konnten in der Zeit vom 17.—29. Oktober 1924 wieder der Leukozytensturzreaktion unterzogen werden. Die zwischen beiden Untersuchungsterminen gelegene 5 Monate lange Zwischenzeit war dazu benutzt worden, die Patienten weiter mit

Digitized by Google

CO_2-Schnee und 2 von ihnen, ebenso wie damals, außerdem noch mit Nastin zu behandeln. Die Ergebnisse waren folgende:

1. L. R., hat 10mal CO_2 angewandt bekommen, nachdem 9 Tage seit der letzten Anwendung vergangen waren, gab die Reaktion Lz. **9600;** 9200, 7800, 8800, 8800.

2. J. E., 8mal CO_2, nach 9 Tagen Lz. **10900;** 12800, 12600, 11200, 11100.

3. L. P., 5mal CO_2, nach 49 Tagen Lz. **4400;** 3800, 3800, 3900, 4200.

4. W. T., 7mal CO_2 und 30,0 Nastin B_2, nach 13 Tagen Lz. **7200;** 7000, 6600, 6800, 6900.

5. J. T., 7mal CO_2, nach 9 Tagen Lz. **7800;** 7800, 6600, 6900, 7200.

6. L. K., 6mal CO_2, nach 11 Tagen Lz. **5200;** 4800, 4300, 4500, 4800.

7. M. S., 7mal CO_2, nach 10 Tagen Lz. **6400;** 6200, 6200, 6500, 7000.

9. P. T., 6mal CO_2 und 14,0 Nastin B_1 + 18,0 Nastin B_2, nach 10 Tagen Lz. **7200;** 7200, 6800, 7000, 7400.

11. A. K., 5mal CO_2, nach 49 Tagen Lz. **6400;** 7200, 7200, 6800, 6600.

15. A. L., 5mal CO_2, nach 49 Tagen Lz. **7600;** 8300, 8200, 7400, 7800.

Aus obigem glaube ich schließen zu können, daß die zwischen der letzten CO_2-Schnee-Anwendung und der angestellten Reaktion verstrichenen Zeit den Ausfall der Reaktion nicht beeinflußt, wie ihre verschieden lange Dauer bei den einzelnen Patienten und auch noch ihre Verschiedenheit bei denselben Patienten im Frühling es gezeigt haben. Der Kurventypus war bei 9 Patienten der gleiche geblieben wie im Mai, nur Nr. 9 reagierte diametral. In gleichbleibender Weise reagierten wie damals auch jetzt die Patienten Nr. 1, 3, 4, 5 und 6 mit Sturz und die Nr. 2, 7, 11 und 15 paradox; nur 9 gab statt der damals paradoxen jetzt eine Sturzreaktion. Die Kurven von Nr. 1, 3 und 5 sind unverändert die gleichen geblieben; Nr. 2, 7 und 11 gaben größere Ausschläge, Nr. 4, 6 und 15 aber kleinere als im Mai; aus Sparsamkeitsrücksichten muß von einer Drucklegung der Kurven abgesehen werden.

Vergleichen wir die Ausgangswerte der Reaktionen von jetzt und damals, so finden wir dieselben alle verändert. Eine Zunahme der Leukozytenzahl konstatieren wir bei folgenden 7 Patienten: Nr. 1 + 1300, 3 + 300, 4 + 2300, 2 + 2600, 9 + 300, 11 + 400 und 15 + 800. — Unbedeutend vermindert war die Leukozytenzahl bei Nr. 5 — 200 und 7 — 100, sehr beträchtlich aber bei Nr. 6 — 4300. Dieses Verhalten letztgenannter Patienten hebt sich zu sehr von den übrigen ab, besonders weil die meisten Patienten auf die stattgehabte Behandlung mit einer Zunahme der Leukozytenzahl reagiert hatte. Eine Erklärung für den großen Unterschied in den Zahlen von damals und jetzt findet sich in dem Umstande, daß im Mai die Leukozytenzahlbestimmung unmittelbar nach beendigter CO_2-Schnee-Kur vorgenommen worden war und deshalb einen bedeutend höheren Wert aufwies, als derselbe bei der Patientin gewöhnlich gefunden wurde, 9500 statt 5600.

Digitized by Google

Als mit der CO_2-Schnee-Behandlung Beginnende sehen wir die Patienten Nr. 1 und 2, welche diese Therapie zum erstenmal angewandt bekommen, mit stark vermehrter Leukozytenzahl reagieren und im Gegensatz stehen zu Patienten, welche wiederholte Kuren dieser Behandlung durchgemacht hatten und nur mit mäßiger Leukozytenzunahme reagierten. Mit der Tatsache der Leukozytenvermehrung aber ist der Beweis erbracht, daß die CO_2-Schnee-Behandlung diesen Teil der dem leprösen Organismus zur Verfügung stehenden Abwehrkräfte zu mobilisieren imstande ist. Daß die CO_2-Schnee-Behandlung durch Hinzunehmen von Nastin noch wirkungsvoller gestaltet werden kann, zeigt die stark angestiegene Leukozytenzahl bei der Patientin Nr. 4 und die Umwandlung der paradoxen Reaktion bei der Patientin Nr. 9 in einen Sturz, wenngleich bei letzterer nur eine geringe Vermehrung der Leukozyten zu verzeichnen ist. Diese Erscheinung beweist, daß die schwer in Mitleidenschaft gezogen gewesene Haut, welche schon ihre Fähigkeit auf Reize mit Sturz zu reagieren eingebüßt hatte, infolge der angewandten Therapie diese Fähigkeit wieder erlangte — also gesundete.

Es scheint mir noch erwähnenswert, daß durch CO_2-Schnee-Behandlung weder Erythrozyten noch Hämoglobingehalt Einbuße erlitten.

Die Leukozytensturzreaktion kann ich nur bewillkommnen, weil sie uns wertvolle Angaben über den Zustand des Hautorgans zu geben imstande ist.

Literatur.

GANS, Arch. f. Derm., 1924, Bd. 145, S. 186. — A. KARTAMISCHEW, Untersuchungen über den Leukozytensturz nach Intrakutaninjektionen bei Dermatosen. Arch. f. Derm., 1923, Bd. 146, S. 63. — ERNST FRIEDRICH MÜLLER, Leukozytensturz nach unspezifischen Intrakutanimpfungen. Zschr. f. d. ges. exper. M., 1923, Bd. 32, S. 120 bis 141. — E. F. MÜLLER und ROSE HÖLSCHER, Über die Beziehungen der Haut und des autonomen Nervensystems zum qualitativen Blutbild. Zschr. f. d. ges. exper. M., 1923, Bd. 38, S. 478—495. — E. F. MÜLLER und R. HÖLSCHER, Die funktionelle Untersuchung der physiologischen Reizleitung zwischen Haut u. Blutbahn durch pharmako-dynamische Substanzen. Zschr. f. d. ges. exper. M., 1924, Bd. 61, S. 325—341. — H. RITTER, Leukozytensturz infolge unspezifischer Intrakutanimpfung mit nicht eiweißhaltigen Einspritzungsstoffen. Kl. W., 2. Jg., 1923, S. 784. — J. SCHUBERT, Reflex oder Immunreaktion. Zbl. f. H. u. G. K., 1924, Bd. 12, S. 150. — F. STOFF und H. SIEVERS, Zur Frage der Abhängigkeit der Blutbildveränderungen vom vegetativen Nervensystem und über den Wert der Leberfunktionsprüfung WIDALS. M. m. W., 1924, Jg. 71, S. 293. — H. VOLLMER, Zur Biologie der Haut. Derm. W., 1924, Bd. 78, S. 61.

Kann Wismut das Quecksilber in der Syphilisbehandlung vollständig ersetzen?

Von

Privatdozent M. U. Dr. HUGO HECHT in Prag.

Selten wohl hat ein Heilmittel sich so rasch durchgesetzt wie das Wismut. Innerhalb von zwei Jahren trat es an Stelle des Quecksilbers, das fast vollständig verdrängt wurde. Sicherlich beruht das zum Teil auf gewissen Vorzügen, die ihm trotz des verhältnismäßig viel höheren

Digitized by Google

Preises seine rasche Einführung sichern. Vor allem wäre außer einer gut geleiteten Reklame seine fast völlige Schmerzlosigkeit zu erwähnen, ferner das seltenere Auftreten von Reizerscheinungen. Die Erfolge schienen so gut, daß es dem Quecksilber als unbedingt überlegen und dem Salvarsan als fast ebenbürtig bezeichnet wurde, besonders da in der französischen Literatur von Rezidiven während oder nach Wismutbehandlung nichts erwähnt wurde.

Nun habe ich trotz kombinierter Anwendung mit Neosalvarsan Rezidive klinischer und serologischer Art an einem verhältnismäßig kleinen Krankenmaterial beobachtet, daß es unbedingt geboten erscheint, darüber zu berichten.

1. A. B., Infektion im Juni 1923. Mit Sekundärerscheinungen in Behandlung getreten. I. Kur: 4,5 Neosalvarsan + 10 Bismogenolinjektionen; II. Kur: 4,05 Neosalvarsan + 12 Bismogenolinjektionen. Seroreaktionen 3. X. 1923 Spur, 19. XI. ++, 20. XII. —, 11. II. 1924 —, 16. VII. —, 9. X. —.

Anfang Januar 1925 erscheint ein makulöses, groß gyriertes Exanthem am Stamm, WR +++.

2. X. Y. macht während ihrer Schwangerschaft wegen positiver WR zwei gemischte Neosalvarsan-Wismutkuren (je zwei Monate) durch. Das Neugeborene hat positive WR, ebenso die Mutter nach der Entbindung.

3. T. kam im November 1924 mit Pap. ad anum, WR +++ zur Behandlung. Vom 27. II. 1924 bis 27. I. 1925 10 Neosalvarsan- (5,7) + 15 Bismogenolinjektionen. 29. II. 1925 WR +++.

4. L. Z. hatte am 24. I. 1924 WR +++. Nach kombinierter Kur 3. IV. WR +++. Vom 22. IV. bis 10. VI. 3,35 Neosalvarsan + 8 Bismogenol. 4. VII. WR ++. Nach 15mal 0,5 (10%igem) Kalomel WR —.

5. R. F. hatte am 14. II. 1924 WR +++. Nach 3,35 Neosalvarsan + 10 Bismogenol WR ++.

6. F. B. hatte Ende 1922 ein Exanthem. 29. VIII. 1923 WR —. 5. IX. bis 17. X. 4,05 Neosalvarsan + 12 Bismogenol; 24. X. WR ++.

5. II. bis 8. V. 1924 3,8 Neosalvarsan + 12 Bismogenol; 24. VI. WR Spur.

17. VI. bis 26. VI. 4,6 Neosalvarsan + 15 Bismogenol; 30. VIII. WR —. 16. X. WR ++.

7. K. O. hatte im Juli 1923 ein makulo-papulöses Exanthem nach P.A. an der Portio uteri. WR +++.

1. Kur: 2 Hg-Salvarsan, 15 ccm Bismogenol und 8 Neosalvarsan (2,7 g). 17. X. WR —, HR +++.

14. XI. WR —, HR —.

Salvarsanexanth. lichen.

27. II. 1924 WR —, HR +.

2. Kur: 20 ccm Bismogenol.

15. VI. WR —, HR ++.

25. VIII. WR —, HR —.

3. Kur: 15 ccm Bismogenol.

31. X. WR —, HR —.

5. II. 1925 WR —, HR —.

13. II. Düsterrotes, papulöses Exanthem am Stamm und Extremitäten in reichlicher Aussaat bis halbhellergroßer Effloreszenzen.

Kislitschenko hat bei 12 mit Bismogenol, Bismoluol und Kutren behandelten Fällen zehnmal Rezidive beobachtet. Ihm tritt Cheinisse entgegen, der zur Erklärung dieser Versager die geringe Menge des einverleibten metallischen Wismuts und die Art der Präparate heranzieht, die nicht so wirkungsvoll seien wie die in Frankreich üblichen. Über eine ganze Reihe schwerer Rezidive nach reiner Wismutbehandlung berichtet H. Bieder, der eine große Anzahl verschiedener Wismutpräparate durchgeprüft hat. An Wirksamkeit gleiche das Wismut nur den

Digitized by Google

milden Hg-Präparaten und werde vom Kalomel und Salvarsan übertroffen. Dagegen sind Rosenberg und Perdelwitz der Ansicht, daß Wismut nicht nur das Quecksilber, sondern auch bereits das Salvarsan zu verdrängen beginne, was denn doch zu optimistisch klingt.

Man kann nicht so ohne weiteres zwei Antiluetika miteinander vergleichen. Insbesondere ist eine allgemein gehaltene Bemerkung wie „Wismut ist dem Quecksilber überlegen" nicht haltbar. Die Wirkung eines jeden Antisyphilitikums ist vor allem vom Organismus abhängig, von den verwendeten Mengen, von den Intervallen der einzelnen Injektionen und Kuren, von der Ausscheidung, von der richtigen Kombination mit Salvarsan und dergleichen mehr. So ist das oft verwendete Hydr. salicylicum eines der schwächsten Präparate überhaupt. Bedeutend wirksamer ist eine gut durchgeführte Schmierkur, die leider jetzt viel zu wenig verordnet wird. Das beste und nachhaltigst wirksamste Hg-Präparat aber ist noch immer das Kalomel, auf das ich wiederholt bei Besprechung der Abortivbehandlung bei Syphilis hinwies. Mag auch die Technik seiner Anwendung nicht leicht, mag es auch etwas schmerzhaft sein, mag es auch leicht zu Nebenerscheinungen führen, es ist vorläufig neben dem Salvarsan unser bestes Antisyphilitikum. In 1 ccm einer 10%igen Emulsion enthält es 0,085 mg metallisches Hg, das Hydr. salicylicum bloß 0,059 mg. Noch mehr Hg enthält das Merkuriolöl in zehn Teilstrichen, nämlich 0,135 und das Mercinol 0,14. Es sei bei dieser Gelegenheit daran erinnert, daß langsam ausgeschiedenes Präparat wirksamer ist bezüglich der Dauerwirkung, daß intravenöse Verabreichung zwar eine raschere Ausscheidung bewirkt, aber auch eine baldige Einwirkung auf die luetischen Krankheitsprozesse. Lösliche Wismutsalze werden nach intravenöser Injektion rasch ausgeschieden; das meiste geht in den ersten zwei Stunden mit dem Harn ab, am Tage darauf wird nichts mehr ausgeschieden (Lacapère, Restoux und Bugeard). Bei intramuskulärer Darreichung beginnt die Ausscheidung erst am nächsten Tage und hält noch am fünften Tage an. Kolloidales Wismut ist nach intravenöser Injektion noch am nächsten Tage im Harn nachzuweisen, bei intramuskulärer Injektion verhält es sich so wie die löslichen Salze. Unlösliche Salze beginnen erst am vierten Tage auszuscheiden; es gibt Präparate (Bi-Hydroxyd), deren Ausscheidung erst nach 24 Tagen beginnt und noch sechs Wochen nach der Injektion andauert.

Als Maßstab für die Wirksamkeit wird oft das Verschwinden der Spirochäten aus floriden Erscheinungen der Syphilis angeführt. So schwinden nach Nathan Spirochäten in 3—7 Tagen, nach Weckesser nach der dritten Wismutinjektion; Evening beobachtete ihr Verschwinden nach der zweiten Wismutinjektion. Hier sei daran erinnert, daß 4—5 Tage nach der ersten Hydrarg. sal.-Injektion die Spirochäten aus den syphilitischen Läsionen schwinden, spätestens 2—3 Tage nach der zweiten Injektion. Beim Kalomel dauert es etwas länger; beim Asurol tritt dieser Effekt erst nach der vierten Injektion auf, beim Mercinol 2—3 Wochen nach Beginn der Kur.

Ein weiteres Kriterium bildet das Verhalten der Seroreaktion. Die Beurteilung ist hier nicht leicht; es kommt nicht nur auf das Negativwerden an, sondern auch auf die Dauer dieser negativen Phase. Selbst-

Digitized by Google

verständlich ist die Seroreaktion nicht allein maßgebend für die Beurteilung eines Falles. Nicht minder wichtig ist der klinische Verlauf. Aber die Seroreaktion bietet die Möglichkeit, auch nicht sichtbare Krankheitsherde zu entdecken, und deshalb ist sie wohl eines der wichtigsten Symptome der Syphilis. Nebenbei spielt auch die Technik des Untersuchers eine Rolle; bei Verwendung von Aktivserum bleibt die positive Reaktion länger erkennbar. Die Mitteilung verschiedener Autoren sind also nur unter gewissen Vorbehalten miteinander vergleichbar.

Von 52 mit Spirobismol behandelten Fällen M. Josephs waren 35 nach der Kur negativ, 17 einige (4—6) Wochen später. Bei Sterling wurde die WR in 72% negativ. Nach kombinierten Kuren erhielt Weckesser 75% negative Resultate, nach reiner Bismogenolbehandlung (25 ccm) 50%. Von 73 positiven Fällen sah Guttmann 40 negativ werden; bei 16 wurde die WR abgeschwächt, 17mal blieb sie unverändert. Bei Nathan und Martin blieben bloß 20% der seronegativen Primärfälle negativ, 80% der seropositiven Sekundärfälle wurden negativ. Interessant ist ein Fall Praters, der trotz Überdosierung (zweimal 10 ccm Bismogenol innerhalb drei Tagen) positiv blieb. Voehl beobachtete nach 18—21 ccm Quinby bzw. 8—10 ccm Bismogenol einen Umschlag der Seroreaktion, wenn auch nicht regelmäßig. Da die negative WR nach Wismutbehandlung oft wieder positiv wurde (Mühle), mußte Salvarsan gegeben werden, um ein Dauerresultat zu erhalten.

Meine Erfahrungen sind ähnlich, nur daß stets mit Neosalvarsan kombiniert behandelt wurde. Von 62 Fällen

blieben 16 (= 19%) positiv,
14 (= 22%) negativ. Es wurden
6 (= 10%) positiv, die zu Beginn der Kur negativ waren und
22 (= 36%) wurden negativ, die zu Beginn positiv waren. Schwankend war das Verhalten bei
6 (= 13%), in dem im Laufe der Behandlung und nachher positive Phasen mit negativen wechselten.

Es wäre also noch verfrüht, ein endgültiges Urteil über die Wismutbehandlung abzugeben. Immerhin steht fest, daß die allgemein übliche Dosierung zu schwach ist. Es ist nichts dagegen einzuwenden, daß im Anfang vorsichtig, jedenfalls aber in Kombination mit Salvarsan behandelt wird, also mit 1 ccm beginnen, dann mit $1^1/_2$ ccm fortsetzen und bei guter Verträglichkeit jeden 3.—4. Tag 2 ccm Bismogenol (oder Spirobismol oder Bismosalvan u. dgl.) geben. Die Gesamtmenge soll mindestens 30 ccm pro Kur betragen.

Praktisch aber scheint es, das Wismut mit Quecksilber zu kombinieren. Ich bevorzuge auch hier — insbesondere bei Abortivkuren — das Kalomel. Man macht das entweder so, daß man in eine 2 ccm fassende Spritze 0,2—0,3 ccm einer 10%igen Kalomelemusion (Köpp) aufzieht und dann Bismogenol nachzieht, oder man gibt zu einem Fläschchen mit 15 ccm Bismogenol 5 ccm genannter Kalomelemulsion. In 1 ccm dieser Mischung sind dann 0,75 ccm Bismogenol und 0,25 ccm Kalomelemulsion (10%) enthalten. Davon gibt man 1—$1^1/_2$ ccm pro dosi. Die Verträglichkeit dieser Kombination ist sehr gut, ja es hat den Anschein, als ob das

Digitized by Google

Bismogenol die bekannte Schmerzhaftigkeit der Kalomelinjektion hindern würde. Selbstverständlich muß Zahnfleisch und Harn gut kontrolliert werden.

Nach den bisherigen Erfahrungen gesellt sich zu der guten Verträglichkeit dieses Mittels auch eine gute Wirkung auf die floriden Erscheinungen und die Seroreaktion.

Literatur.

Bieder, M. m. W., 1924, Bd. 71, Nr. 37, S. 1275. — Chrinisse, Presse méd., 1924, Bd. 32, Nr. 44, S. 478. — Desclaers, D. W., 1922, Bd. 75, Nr. 38; 1924, Bd. 78, Nr. 27. — Envening, D. W., 1923, Bd. 77, Nr. 42, S. 1234. — Gutmann, D. W., 1923, Bd. 77, Nr. 28, S. 861. — E. Hofmann, Kl. W., 1924, Bd. 3, Nr. 34, S. 1541. — Kislitschenko, Ann. des mal. vénér., 1924, Bd. 19. Nr. 6, S. 442. — Lacapère, Restoux u. Bugeard, Bull. de la soc. fr. de d. et d. s., 1924, Bd. 1924, Nr. 6, S. 331. — Mühle, Derm. Zschr., 1923, Bd. 38, H. 5. — Nathan, M. m. W., 1924, Bd. 71, Nr. 20, S. 647 — Rosenberg u. Perdelwitz, D. W., 1924, Bd. 78, Nr. 15, S. 422. — Sterling, Warszawski ezas. lek., 1924, Bd. 1, Nr. 6, S. 233. — Wekesser, Derm. Zschr., 1924, Bd. 41, H. 6, S. 369.

Zur Behandlung der Paraphimose.

Von

Dr. Friedrich Kirchheim,

Arzt für Hautleiden in Magdeburg.

Im folgenden möchte ich kurz mitteilen, wie ich in 2 Fällen von sehr ausgeprägter Paraphimose vorging, m. E. einfacher und mit besserem Erfolg als nach der bisher üblichen Weise.

Bei der Paraphimose ist meines Wissens zur Behebung der zur Gangrän führenden Strangulation bis jetzt so verfahren: Versuch der Taxis, bei Unmöglichkeit dessen Durchschneidung des Ringes von außen nach innen. In den 2 Fällen war Reposition ganz unmöglich; in dem einen Fall hatte schon Gangrän eingesetzt. Unter Leitungsanästhesie wurde durch ganz feine Impfschnittchen das ödematöse Gewebe eröffnet. Auf Druck mit sterilem Tupfen entleerte sich leicht und schnell die ödematöse Flüssigkeit, die pralle Geschwulst sank zusammen, so daß die Taxis ohne weiteres gelang. Auf Kühlen mit Kamille sind die Patienten am nächsten Tag beschwerdefrei.

Versammlungen.

30jährige Jubiläumsversammlung Südwestdeutscher Dermatologen am 7. und 8. März 1925 in Frankfurt a. M.

Vorsitz: Karl Herxheimer-Frankfurt a. M.

Teilnehmerzahl: 254.

A. Vorträge am 7. März.

K. Herxheimer-Frankfurt a. M.: **Begrüßungsansprache:** Nach ehrendem Gedenken des jüngstverstorbenen F. Müller-Wiesbaden Hinweis auf die Bedeutung der heutigen Versammlung und Überblick auf das Werden der Vereinigung bis zu der Größe, zu der sie jetzt gelangt ist. Im ganzen haben bisher 45 Versammlungen stattgefunden, deren erste im Frühjahr 1895 zusammen mit Hammer, Touton, Lippmann abgehalten wurde. Im Verlauf der seitherigen Versammlungen wurden vorgestellt: 12 Fälle von Xeroderma pigmentosum, 37 von Mycosis fungoides, 4 von Blastomycosis der Haut, 4 Leprafälle, 23 Acrodermatitis-atrophicans-Fälle, 104 von Lichen ruber, 2 von Porokeratosis, 1 Angio-

Digitized by Google

keratom, 9 Darier, 1 Acanthosis nigricans, 8 Pityriasis rubra pilaris, 4 Cutis laxa, 43 Pemphigus, 24 Duhring, 11 Parapsoriasis, 2 Sporotrichose, 3 Raynaud, 1 Fall von Amyloidose der Haut, 1 Fall von Chylorrhoe und 41 Fälle ohne Diagnose. Gesamtzahl der vorgestellten Fälle: 1177.

Erich Hoffmann-Bonn: **Über die Bedeutung und Auswirkung der Entdeckung der Syphilisspirochäte (zur 20. Wiederkehr des Tages ihrer Entdeckung).** Auf besonderen Wunsch des Vorsitzenden macht H. einige Mitteilungen über den Hergang der Entdeckung. Nach seinem Tageskalender sah Schaudinn bewußt die erste feine, lebhaft bewegliche Spirochaeta pallida am 3. III. 1905 in einer sorgsam von H. präparierten Papel, und diese konnte auch H. demonstrieren. Nicht Siegels Arbeiten über den Zytorrhyktes bei Lues, Pocken, Maul- und Klauenseuche und Scharlach haben Schaudinn und Hoffmann zusammengeführt, sondern schon mehrere Semester vorher hatte Schaudinn Molluskum- und Syphilispräparate zur Durchsicht auf protozoenartige Gebilde gegeben. Später hat dann Siegel bei Schaudinn in Rovigno gearbeitet und unter Benutzung seiner Ideen und seiner Methodik die Publikationen aus dem Berliner Zoologischen Institut gemacht. Gemeinsame Arbeit mit einem auch mikroskopisch erfahrenen Kliniker hielt auch Schaudinn für erfolgreiche Syphilisforschung für wesentlich. Diese wurde dann auch durch Lesser abgemacht und in einer auf die Frühdiagnose hinzielenden Weise durchgeführt. Als Schaudinn auch die Färbung mit Eosin-Azur gelungen war, fand am 1. IV. 1905 unter dem Vorsitz des Präsidenten Köhler die Sitzung statt, in der die erste Publikation beschlossen und nach gründlicher Erörterung der Frage, ob Schaudinn allein oder er und sein Mitarbeiter die erste vorläufige Mitteilung zeichnen sollten, diese Frage vom Präsidenten den beiden Genannten ausdrücklich zur Entscheidung überlassen wurde. Darauf ist die erste Arbeit von Hoffmann bis auf die Beschreibung der Spirochäte selbst, die Schaudinn einfügte, fertiggestellt und nach weiteren Kontrolluntersuchungen, bei denen die ursächliche Bedeutung der groben Spirochäten für Papillome fallengelassen wurde, am 10. IV. in einer erneuten Sitzung gebilligt und in der Zeit vom 23.—25. IV. in den Heften des Gesundheitsamtes herausgegeben worden. Auch später hat Schaudinn in Briefen bestätigt, daß die Früchte dieser Arbeit gemeinsam seien. Die Auswirkung dieser Entdeckung für den Ausbau der Spirochäten (Weilscher Ikterus, Gelbfieber usw.) haben wir alle erlebt. Die gewaltige Förderung der Früherkennung und Frühheilung der Lues ist Folge dieser Entdeckung, aber auch die moderne Entwicklung der Chemotherapie, besonders durch Paul Ehrlich, und der Aufstieg der Dermatologie an den Universitäten und ihr größeres Ansehen in der Ärzteschaft sind letzten Endes auf sie zurückzuführen.

Hans Sachs-Heidelberg: **Die Entstehung der syphilitischen Blutveränderung.** Bezüglich des Wesens der sypilitischen Blutveränderung besteht zur Zeit die Streitfrage, ob Antikörperreaktion oder rein symptomatische Blutveränderung. Eine Antikörperreaktion kann nur durch Autoantikörper gegen Gewebszerfallprodukte lipoider Art bedingt sein (Weil und Braun, v. Wassermann). Für diese Betrachtungsweise fehlen zur Zeit in vieler Hinsicht die Möglichkeiten des Verständnisses. Bei der sogenannten heterogenetischen Antikörperreaktion, die eine zweifellos echte Antikörperreaktion mit hervorragender Beteiligung der Lipoide darstellt, liegt ein Vergleich mit den serologischen Luesreaktionen jedoch nahe. Der heterogenetischen Antikörperreaktion liegt folgender Tatsachenkomplex zugrunde: Die Organe gewisser Tierarten des sogenannten Meerschweinchentyps enthalten Antigene, die nicht artspezifisch sind und beim Kaninchen zur Bildung von Antikörpern führen. Diese heterogenetischen Antisera reagieren dann ebenso wie das Luesserum mit alkoholischen Organextrakten. Der Unterschied zur Wassermannschen Reaktion bzw. den Ersatzmethoden ist lediglich darin gelegen, daß nur die alkoholischen Extrakte bestimmter Tierarten für die heterogenetische Antikörperreaktion verwendbar sind. Obwohl die alkoholischen Extrakte aus heterogenetischen Organen im Reagensglas spezifisch mit den Antikörpern reagieren, sind sie nicht imstande, immunisatorische Antikörperbildung hervorzurufen. Sie werden aber hierzu geeignet, wenn man sie nach dem Vorgang von Landsteiner mit fremdartigen Antigenen, z. B. Schweineserum, mischt. Auf Grund weiterer Erfahrungen aus dem Heidelberger Institut sind die heterogenetischen Lipoide keine echten Antigene; sie erhalten aber Antigenfunktion, wenn sie mit geeigneten echten Antigenen in Verbindung kommen. Entsprechende Gesetzmäßigkeiten werden auch für das Verhalten arteigener Lipoide bei ihrem Freiwerden durch Gewebszerfall angenommen. Wenn dabei durch geeignete Infektionsprozesse den freiwerdenden Lipoidstoffen Gelegenheit gegeben ist, sich mit dem Parasitenantigen zu verbinden, so würden die Lipoide zu Antigenen werden. Unter der Annahme, daß den Spirochäten in

Digitized by Google

dieser Hinsicht eine ganz besondere Eignung zukommt, wäre das Zustandekommen der syphilitischen Blutveränderung erklärt. In Gemeinschaft mit Klopstock und Weil hat Sachs versucht, dieses Geschehen im Tierversuch nachzuahmen. Durch Einverleibung von arteigenen Lipoiden, in Gemeinschaft mit echten andersartigen Antigenen wurde versucht, gewissermaßen ein steriles Modell der syphilitischen Infektion zu schaffen. Als Antigen wurde als besonders geeignet Schweineserum genommen und der Versuch unter Einschaltung der entsprechenden Kontrollen so ausgeführt, daß Gemische von alkoholischen Extrakten aus Kaninchenorganen mit Schweineserum eingespritzt wurden. Diese Versuche haben bisher zu dem Ergebnis geführt, daß die überwiegende Mehrzahl derjenigen Kaninchen, die mit Gemischen von Schweineserum und Organextrakt vorbehandelt waren, wassermannpositiv wurden und auch positive SGTR und MTR zeigten, während die Kontrolltiere negativ geblieben sind. Zufallsbefunde glaubt Sachs ausschließen zu dürfen. Sollte die Fortsetzung und Erweiterung dieser Versuche eine Bestätigung der bisherigen Resultate ergeben, so würden sie dartun, daß die syphilitische Blutveränderung die Folge einer Autoantikörperbildung gegen Gewebslipoide ist, daß aber diese Autoantikörperbildung nicht einfach beim Gewebszerfall stattfindet, sondern nur dann, wenn die freigewordenen Lipoide sich mit bestimmten Antigenen, insbesondere denjenigen der Treponemen, paaren können. Hieraus würden sich zugleich neuartige Ausblicke auf das Verständnis des bio-pathologischen Geschehens eröffnen.

Bering-Essen: **Die Malariabehandlung im Frühstadium der Syphilis des Zentralnervensystems.** Zunächst Bericht über 1227 Fälle von syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems im Frühstadium, d. h. vor Ausbruch der klinischen Erscheinungen, zum Teil durch wiederholte Punktion. Trotz der Möglichkeit der Spontanheilung der Nervenlues erkranken Syphilitiker schwer an Tabes und Paralyse, auch solche, welche nach unserer jetzigen Auffassung gut behandelt worden sind. Hoch- oder geringgradige Liquorbefunde lassen auf eine Beteiligung des Zentralnervensystems am Krankheitsprozeß schließen, wobei die seltenen Fälle von Gehirn- und Rückenmarksyphilis ohne Liquorbefunde nicht unerwähnt bleiben sollen. Die Sanierung des Liquors muß erstrebt werden. Mit den früheren Behandlungsmethoden (Salvarsan, Quecksilber und Wismut) ließ der Liquorbefund sich in einzelnen Fällen wohl beeinflussen, aber hier zeigt die Malariabehandlung ihre bedeutende Überlegenheit. Es wurden bisher 179 Kranke der verschiedenen Stadien der Lues mit Malaria geimpft. Die Übertragung geschieht intravenös. Bis auf einen Kranken, der während des Krieges eine 3 Monate bestehende Malaria durchgemacht hatte, gingen sämtliche Fälle an. Keine unangenehmen Zwischenfälle oder dauernde Schädigungen. Herzkranke sind von der Behandlung auszuschließen. Nach 8—12 Anfällen Kupierung der Malaria und anschließende Salvarsanbehandlung. Nur in einem Fall von noch klinisch fortschreitender und schnell zum Tode führender Paralyse wurde eine Verschlechterung des Liquorbefundes beobachtet; in allen anderen Fällen war die Wirkung eine günstige. Wirkung um so deutlicher, je frühzeitiger die Malaria zur Anwendung gelangt. An Hand von Tabellen wird die Wirkung auf den Liquor gezeigt. Die Liquornachuntersuchung zweckmäßigerweise nicht vor Ablauf von 3 Monaten vorzunehmen. Die Fälle von Syphilis des Zentralnervensystems mit klinischen nervösen Erscheinungen zeigen eine geringe Beeinflussung als die Fälle von Lues II und Lues latens. Die günstige Heilwirkung der Malaria beruht auf einer außerordentlich intensiven unspezifischen Reiztherapie, wobei das Fieber nicht das wichtigste Moment ist. Es stellen sich oft schon mehrere Tage vor Ausbruch des Fiebers heftigste Lokalreaktionen und Schmerzempfindungen ein. Übertragung der Impfmalaria auf die Umgebung der Kranken wurde nicht beobachtet. Das Ziel der Syphilisbehandlung muß sein: alle in bezug auf das Zentralnervensystem Gefährdeten frühzeitig herauszufinden, was durch die Lumbalpunktion zum größten Teil erreicht werden kann. Bei allen Fällen mit Verdacht auf eine Erkrankung des Zentralnervensystems, bei dauernd positivem Blutwassermann, bei Erteilung des Ehekondenses Lumbalpunktion unbedingt notwendig. In dem Ziel, der Tabes und Paralyse vorzubeugen, scheint die Malariakur einen Fortschritt zu bedeuten, wenn auch über die Wirkung erst nach langen Jahren ein endgültiges Urteil gefällt werden kann.

F. Sioli-Düsseldorf: **Die Behandlung von Paralyse und Tabes. (Klinischer Teil.)** Bei dem wachsenden Interesse für die Therapie der manifesten Paralyse und Tabes ist es notwendig, mit möglichster Unbefangenheit die tatsächlichen Leistungen der Therapie zu prüfen. Maßstäbe oder Tests für jede Therapie: Heilung als Maßstab erster Ordnung; Beeinflussung von Krankheitsbild, Krankheitsverlauf und Krankheitsdauer Maßstäbe zweiter Ordnung. Der Heilungsbegriff verlangt als wesentliche Kriterien bei

Digitized by Google

sicherer Diagnose Wiederherstellung für die ganze Lebensdauer. Auf diesen Test erster Ordnung kann sich keine der vorhandenen Therapien stützen. Bisher jede Therapie nach den Maßstäben zweiter Ordnung gewertet, die vielfachen Spontanschwankungen unterliegen. In der Jetztzeit die therapeutischen Versuche auf zwei Brennpunkte eingeschränkt: die spezifische und unspezifische Therapie. Von den spezifischen Therapiearten steht die Salvarsananwendung zur Diskussion. Die intrakranielle, intrakarotideale und auch die endolumbale Anwendung steht auf keiner genügend breiten Erfahrungsgrundlage, um sich beurteilen zu lassen. Andere Methoden, um die Wirkung der intravenösen Salvarsananwendung im Zentralnervensystem zu steigern, stecken noch in den Kinderschuhen. Die konsequente intravenöse Salvarsantherapie mit vorsichtig und individuell angepaßten Einzeldosen von 0,6 g Alt- oder Silbersalvarsan oder 0,9 g Neo- oder Silbersalvarsan und einer Gesamtdosis von 3 g Alt- oder Silbersalvarsan bzw. 12 g Neo- oder Neosilbersalvarsan übt eine mächtige Wirkung auf viele Fälle von Paralyse aus (50%). An einem anderen Teil der Fälle prallt die Behandlung ab (10—25%). Die Absterbeordnung ändert sich; die Reaktionen sind weitgehend beeinflußbar, und in der mittleren Dichte der Fälle stimmt die Beeinflussung der Reaktionen mit der klinischen Beeinflussung überein. Für die Salvarsanbehandlung der Tabes gelten gleiche Ergebnisse (vorwiegend gewonnen durch Dreyfus). Verdienst Wagner v. Jaureggs, daß er unentwegt die Frage der unspezifischen Behandlung ausgebaut und im Auge behalten hat. Zweifellos ist Tabes und Paralyse durch unspezifische Behandlung beeinflußbar. Die Behandlungsarten anscheinend in ihrer Stärke abgestuft von den Proteinkörpern über die Vakzine zu den Infektionskrankheiten selbst. Die gebräuchlichsten unspezifischen Therapiearten sind die Phlogetantherapie, die Malaria- oder Rekurrensimpfung. Der Malariaimpfung wurde von mancher Seite wohl ein zu großer Erfolg nachgerühmt. Die Zahl der durch sie erreichbaren Remissionen wurde anfangs auf 88%, jetzt aber auch nur noch auf 50% angegeben. Gerade der Begriff der Remission bedarf in der Erörterung der Malariatherapie noch einer gewissen Klärung. Die Klarstellung der Absterbeordnung aller behandelten Fälle wäre sehr erwünscht. Die bisher spärlich und sehr vorsichtig gehaltenen Berichte bezüglich der Erfolge mit der Rekurrenstherapie lassen diese im wesentlichen ungefähr der Malariatherapie gleichstellen. Daß die Reaktionen sich auf die unspezifischen Therapien ebenfalls sehr ändern, bestärkt den Schluß, daß durch unspezifische Therapie im paralytischen und tabischen Krankheitsprozeß ein großer Einfluß auszuüben ist, dessen Grundlage und Ausgang sich bisher der Erkenntnis entziehen. Die Kombination von spezifischer und unspezifischer Therapie ist bisher nicht genügend bearbeitet; insbesondere fehlen die sehr wünschenswerten reinen Reihen verschiedener spezifisch, unspezifisch und kombinierter Fälle. Das Problem der Behandlung von Paralyse und Tabes ist bisher noch durchaus ein wissenschaftliches Problem. Praktisch ist man zur spezifischen oder unspezifischen Therapie oder ihrer Kombination berechtigt, aber nicht verpflichtet. Jede Therapie hat gewisse Gefahren, die größten anscheinend die Malariatherapie.

Jahnel-München: **Über die Möglichkeiten einer therapeutischen Beeinflußbarkeit der Paralyse und Tabes. (Theoretischer Teil.)** Tabes und Paralyse wie alle übrigen syphilitischen Krankheitserscheinungen durch Treponemen verursacht. Gelingt es demnach, die Erreger im Körper des Paralytikers oder Tabikers abzutöten, so muß ein Stillstand des Krankheitsprozesses eintreten, der, wenn die Zerstörungen noch nicht zu weit fortgeschritten sind, sich auch in einer klinischen Besserung bzw. im Ausbleiben weiteren Fortschreitens kundgeben wird. Die Salvarsane sind bei geeigneter Anwendung auch gegen diese sogenannte Metasyphilis nicht völlig unwirksam; eine noch bessere Beeinflussung wäre von einem vollkommeneren Spezifikum zu erwarten. Auch Heilmittel mit besonderer Affinität zum Nervengewebe können einen Fortschritt bedeuten, namentlich wenn es gelingt, die manchen Präparaten anhaftenden Nebenwirkungen (Optikusschädigungen) zu vermeiden. Der Weg einer direkten Applikation der Heilmittel (intralumbale Methoden usw.) hat sich bisher nicht als überlegen erwiesen. Außer durch Abtötung der Spirochäten ließe sich eine Beeinflussung der Paralyse und Tabes erreichen, wenn es gelänge, die Latenz der Spirochäten willkürlich zu verlängern bzw. dieselbe herbeizuführen. Einspritzungen von toten Spirochäten oder syphilitischen Gewebsextrakten haben diesen Effekt nicht. Auch die Einführung von infektionsflüchtigen Spirochäten in den Paralytikerorganismus ist bisher kein praktischer Erfolg beschieden gewesen (vgl. neueste Untersuchungen von Siemens). Vortragender berichtet über eine eigene, für die Pathogenese der Syphilis und der Paralyse interessante Beobachtung, nach der ein von Weichbrodt einer intensiven Salvarsanbehandlung unterworfener und

Digitized by Google

im Verlaufe dieser Behandlung bezüglich sämtlicher Blut- und Liquorreaktionen gänzlich negativ gewordener Paralysefall beim Reinfektionsversuch mit Virus Truffi im Gegensatz zu unbehandelten Paralysefällen an der Impfstelle ein papulöses Infiltrat mit positivem Spirochätenbefund nach 14tägiger Inkubation erzeugte, das nach weiteren 4 Wochen abheilte ohne nachfolgende Sekundärerscheinungen. Blut- und Liquorreaktionen blieben negativ, gegen zweite Reinfektion Haut vollkommen immun. Krankheit durch diesen Eingriff weder im günstigen noch ungünstigen Sinne beeinflußt. Hinweis auf eigene Versuche mit Weichbrodt, durch Überhitzung und Erzeugung hoher Körpertemperaturen Kaninchenschanker zurückzubilden und die Spirochäten zum Verschwinden zu bringen. Die Rekurrensinfektion vermag das Leben trypanosomenkranker Mäuse zu verlängern; eine peruanische Leishmaniose der Haut heilt ab, wenn Malaria hinzutritt. Beeinflussung der Paralyse durch Malaria und Rekurrens erscheint daher möglich. Die Spirochäten des zur Rekurrenstherapie benutzten afrikanischen Zeckenfiebers bewirken eine Entzündung der Meningen und eine Erhöhung der Durchlässigkeit; bei Mäusen können sie sogar ins Gehirn eindringen. Möglicherweise ist dies auch beim Menschen der Fall. Vortragender schließt sich dem Standpunkt Stolis an, daß die Paralyse- und Tabestherapie die Entwicklungsphase eines wissenschaftlichen Problems noch nicht überwunden haben.

Diskussion: Kolle-Frankfurt a. M. macht Mitteilung über zwei neue, gut auf Kaninchen fortzüchtbare Syphilisstämme. Es handelt sich um den amerikanischen Stamm Nichols, der aus dem Liquor einer Sekundärsyphilis gezüchtet ist, und dem Stamm Kuznitzky, der aus Analpapeln gewonnen ist. Beide Stämme bezüglich der Entwicklung der Schanker usw. wie der alte Truffi-Stamm. Mit dem Stamm Nichols auch bei kutaner Injektion ungefähr 60—70% syphilitische Primäraffekte erzielbar. Weiterhin Mitteilung über Reinfektionsversuche bei latentsyphilitischen Tieren mit diesen Stämmen, die gegeneinander in Form von Kreuzimpfungen biologisch ausgewertet wurden. Dabei kam es zu dem überraschenden Ergebnis, daß in einer Zeit der Latenz, in welcher das homologe Virus nicht mehr zur Bildung von Primäraffekten führte, die heterologen Stämme (Nichols und Kuznitzky), bei den mit dem alten Truffi-Stamm infizierten Tieren noch vielfach eine Infektion mit typischem Primäraffekt bewirkte. Da auch bei alten Nichols-Tieren der Truffi-Stamm zur Bildung von Primäraffekten führte, ist das Verhältnis also ein wechselseitiges. Hinweis auf die weitgehenden hieraus sich ergebenden Ausblicke auf das Wesen der Syphilisimmunität. Vortragender neigt zu der Auffassung, daß durch diese Versuche der Beweis für das Bestehen einer echten Immunität des Menschen neben der sogenannten Infektionsimmunität erbracht ist. Ferner Demonstration einiger Versuche zur Klärung der Wirkung von Arsinsäure und Wismut. Beide Mittel können die Spirochäten nicht abtöten, sondern sie führen zu einem Latenzstadium wie bei den Latenzperioden der humanen Syphilis. Versuchsanordnung dabei so, daß z. B. Wismutdepots in die Ohren gesetzt und dann die Tiere syphilitisch infiziert wurden. Solange die Depots im Körper bestehen, keine Entwicklung von Primäraffekten. Nach Entfernung der Depots, nach einer Inkubationszeit von 4 Monaten, Auftreten von typischen Schankern an der Impfstelle. Dasselbe gilt auch für das Stovarsol, das, solange es im Körper enthalten ist, die Ausbildung von Primäraffekten infolge Hemmung der Spirochätenentwicklung verhindert; nach dessen völliger Ausscheidung Vermehrung der Parasiten und Schankerbildungen am Orte der Infektion.

Kyrle-Wien betont die weitgehende Übereinstimmung der Beringschen Beobachtungen mit den eigenen. Er berichtet über die Bereicherung seiner Erfahrungen seit seiner letzten Mitteilung. Bisher an der Fingerschen Klinik über 800 Fälle mit Malaria behandelt, darunter mehr als 300 frische Sekundärsyphilitiker ohne Liquorkomplikationen. Hinsichtlich der Dauerheilung schlägt das Verfahren alle anderen in Verwendung stehenden Behandlungsmethoden. Von 77 vor mehr als einem Jahre behandelten und jetzt nachuntersuchten Sekundärsyphilitischen kein einziges klinisches und serologisches Rezidiv, dafür aber drei Reinfektionen. Alle diese Kranken nur einmal behandelt (zuerst mit Salvarsan bis zur Symptomenfreiheit etwa 3 g Neosalvarsan, anschließend daran Malaria und sogleich nachher wieder energisch Salvarsan 3—6 g). Von der chronisch intermittierenden Behandlung wird völlig abgerückt und nur das einmalige Kombinationsverfahren Malariasalvarsan angewandt. Keine Meningo- noch Neurorezidive. Wegen des prompten Verschwindens der Liquorkomplikation wird ernstlich daran gedacht, die ganze Liquoruntersuchung im Sekundärstadium als überflüssig aufzugeben. Vortragender weist besonders gegenüber den Ausführungen von Sioli und Jahnel auf die hervorragenden Erfolge bei latenter Lues hin, die mit den hartnäckigen Liquorkomplikationen als Vorstadien der Paralyse gelten. Bei allen den Fällen, die mit energischster Salvarsanbehand-

Digitized by Google

lung (bis zu 60 g Neosalvarsan innerhalb 2 Jahren) keine Beeinflussung der Liquorreaktionen erzielten, mit der Malariabehandlung einwandfreie Erfolge. Vortragender ermuntert zur Nachprüfung, da die Malariamethode ungefährlich ist, die mit dem Begriff Malaria verbundenen Vorstellungen für die Impfmalaria unzutreffend und die Aussichten für die günstige Beeinflussung der Syphilis ganz vorzüglich sind.

Erich Hoffmann-Bonn gibt genaue Zahlen über die Liquorveränderungen über 455 untersuchte Fälle seiner Klinik. Bei der Primärperiode keine Liquorveränderungen, bei unbehandelter sekundärer Lues ungefähr 25%, bei unbehandelter Spätlues etwa 50%, bei Tabes und Paralyse sowie Lues cerebrospinalis stets Liquorveränderungen. Gut mit maximalem Kursystem behandelte Fälle der Frühlatenz (bis 3 Jahre post infectionem) zeigten nur in 5%, gut behandelte Fälle der Spätlatenz nur in knapp 10% krankhaften Liquor. Ungenügend behandelte Fälle dieses Art aber wiesen 70 bzw. gar 80% Liquorveränderungen auf. Dieses relativ kleine Zahlenmaterial zeigt immerhin den großen Einfluß maximaler Frühbehandlung, zugleich aber die schädigende Wirkung der schwachen oder Unterbehandlung. Bei der Malariabehandlung handelt es sich um eine möglichst gute Ausnutzung der Frühheilungschance, auch gegenüber den Spätfolgen am Nervensystem, und die starke Salvarsanbehandlung unmittelbar nach der Infektionsfieberbehandlung dürfte von ausschlaggebender Bedeutung sein. H. gibt ein Merkblatt über die Notwendigkeit der Liquorprüfung herum. (Näheres siehe Derm. Zschr., Aprilheft 1925.)

Gennerich-Kiel: Die Fieberbehandlung entspricht dem bekannten therapeutischen Faktor, den wir mit Ausmerzung des Wasserfehlers ausgeschaltet haben. Wiedereinführung der Fieberwirkung zur Unterstützung der Salvarsanbehandlung in frischen Luesfällen sehr zweckmäßig, Malariabehandlung daher zur Prophylaxe der meningealen Syphilis empfehlenswert. Für akute Meningorezidive, Fälle von Syphilis cerebrospinalis und viele Tabesfälle endolumbale Salvarsanbehandlung empfehlenswerter, weil schneller und kompletter wirksam, sowie Lähmungen am sichersten verhütend. Bei der Behandlung der inzipienten Paralyse leistet bald die Malariabehandlung, bald die endolumbale Behandlung mehr. Kombination beider Behandlungen zweckmäßig.

G. L. Dreyfuß-Frankfurt a. M. betont die prognostische Wichtigkeit primär-positiven Liquors. Man muß bei solchen Kranken, auch wenn sich noch keine Erscheinungen von seiten des Nervensystems finden, mit mindestens 70% Progredienz rechnen. Die primär liquornegativen Fälle bleiben, vorausgesetzt, daß Infektion und Behandlung länger als 5 Jahre zurückliegen, offenbar nervengesund. Bezüglich der Malariabehandlung müssen die Neurologen in der Auswahl des Materials viel vorsichtiger sein als die Dermatologen, besonders auf Allgemeinbefinden, Kreislauf usw. achten. Die bisherigen Erfahrungen bei Tabes und Neurolues sind vielversprechend.

B. Krankenvorstellungen am 8. März.

C. Gutmann-Wiesbaden: **Fall zur Diagnose.** (Demonstration mit Mikrophotographien und Diapositiven.) Vorstellung eines 43jähr. Mannes, bei dem sich im Verlaufe von etwa 6—7 Wochen an der Streckseite des rechten Oberarmes ein derbes plattenförmiges Infiltrat von etwa 13 cm Länge und 6—7 cm Breite in der Subkutis schmerzlos entwickelt hatte. Im Verlaufe weiterer 6 Wochen fast restlose Rückbildung, vielleicht unter dem Einfluß der Röntgentherapie. WR negativ. Moro über dem Krankheitsherd und abseits davon negativ, desgleichen Pirquet am linken Vorderarm. Keinerlei Zeichen einer inneren Tuberkulose. Mikroskopisch: Epidermis und Kutis o. B. Das histologische Bild beherrscht von außerordentlich zahlreichen großen, wabenförmige Protoplasmastruktur zeigenden Zellen im Bereiche des Fettgewebes, die sich als junge Fettzellen erweisen; stellenweise eingestreut Lymphozyten, epitheloide und Riesenzellen, teilweise von Langhansschem Typ, zum Teil in Form von Tuberkeln angeordnet. Der rasche Ablauf des Prozesses spricht trotz der teilweise tuberkulösen Struktur dafür, daß es sich nicht um eine Tuberculosis indurativa subcutanea, sondern wohl um einen entzündlichen Vorgang unbekannter Ätiologie handelt.

G. Gutmann-Wiesbaden: **Syringome.** 44jähr. Mann mit Syringomen an Brust, Bauch und Flanken, vielleicht auch am rechten unteren Augenlid. Histologisch: typisches Bild. Nebenbefund in einem Knötchen: an einem Haar groteske Auswüchse der äußeren Wurzelseite.

C. Gutmann-Wiesbaden: **Syringome.** Bei einem 30jähr. Mann Syringome an den unteren Augenlidern von ausgesprochen gelber Farbe. Demonstration einer Mikrophotographie. Im Bereiche der kleinen Tumoren ausgedehnte Degeneration der elastischen Fasern, sehr ähnlich dem Bilde des Pseudoxanthoma elasticum. Dadurch wohl die gelbliche Farbe der Gebilde in diesem Falle bedingt.

Digitized by Google

Diskussion: K. Herxheimer-Frankfurt wendet sich gegen die Annahme, daß die gelbe Färbung der Xanthome etwas Ungewöhnliches sei und nur an den Augenlidern vorkomme; er betont, daß auch an den anderen Lokalisationsstellen der Syringome die Gelbfärbung vorkommen kann.

v. Zumbusch-München, Zieler-Würzburg, Hoffmann-Bonn schließen sich der Ansicht Herxheimers an.

G. Gutmann-Wiesbaden: **Morbus Darier abortivus.** Bei einem 43jähr. Mann.

Diskussion: E. Hoffmann-Bonn fragt an, ob die Schleimhaut mitbeteiligt ist; das ist nicht der Fall. K. Herxheimer-Frankfurt a. M. betont als auffallend das vollkommene Freibleiben der Beugeseiten der Gelenke.

C. Gutmann-Wiesbaden: **Xanthoma planum et tuberosum.** Bei einem 21jähr. Mädchen tuberöse Xanthome an beiden Ellbogen, flache Xanthome in den Zwischenfingerräumen beider Hände; ferner Xanthome der Strecksehnen sämtlicher Finger in der Höhe der Grundgelenke und knotige, offensichtlich ebenfalls xanthomatöse Auftreibungen in der Gegend des proximalen Endes der Grundphalangen beider Daumen, und zwar an der Radialseite, desgleichen an der Radialseite des Metakarpophalangealgelenkes beider Zeigefinger und an der Ulnarseite beider Handgelenke. Ob Achillessehnen in den Prozeß eingezogen, nicht sicher zu entscheiden. Frage nach der Mitbeteiligung innerer Organe in der Xanthomatosis wird offengelassen. Blutdruck normal, Cholesteringehalt des Blutes (einmal bestimmt): 426 mg in 100 ccm, d. h. erhöht um etwa das Dreifache gegenüber der Norm.

Diskussion: Schmitt-Tübingen fragt an, ob Schwankungen im Cholesteringehalt beobachtet wurden, da in einem von ihm beobachteten Fall starker Rückgang des Cholesteringehaltes im Blut zur Zeit der Menses festgestellt wurde.

C. Gutmann-Wiesbaden: **Naevus elasticus (Lewandowsky).** Bei einem 27jähr. Mädchen nicht wie in den 3 Fällen Lewandowskys in der Regio mammaria, sondern an der Außenseite des linken Oberarmes lokalisiert. Typischer histologischer Befund (wird anderen Ortes ausführlich veröffentlicht).

Diskussion: Touton-Wiesbaden sah kürzlich einen ähnlichen Fall im Nacken links von der Wirbelsäule bei einem 12jähr. Jungen in etwa Dreimarkstückgröße, der vorübergehend (durch Reibung des Kragens?) etwas juckte und in der Umgebung kleine Kratzeffekte aufwies.

Nathan-Nürnberg berichtet kurz über 2 ähnliche von ihm beobachtete Fälle.

Müller-Mainz: **Acrodermatite continue (Hallopeau).** Demonstration eines Photogramms dieses Falles. Beobachtet bei einem 64jähr. Mann.

Diskussion: Erich Hoffmann-Bonn erinnert an den von Frank Schultz in seinem Buche abgebildeten, durch Röntgenstrahlen geheilten Fall.

Müller-Mainz: **Lupus vulgaris serpiginosus mit Lichen scrophulosorum atrophicans (Ehrmann).**

Diskussion: K. Herxheimer-Frankfurt a. M. kann klinisch von Atrophie nichts feststellen; er möchte dieselbe histologisch bewiesen haben.

Müller-Mainz: **Lupus vulgaris im Gesicht.** Therapeutisch sehr günstig beeinflußt durch lokale Ektebineinreibungen des lupösen Herdes mit anschließender Krysolganbehandlung. Diese Art der Lupustherapie zur weiteren Nachprüfung zu empfehlen.

Diskussion: Heuck-München hält bei der Krysolganbehandlung des Lupus vulgaris die vorhergehende lokale Sensibilisierung des tuberkulösen Gewebes, die Müller mit Ektebin erzielt, für sehr wesentlich. Er hat ebenfalls beobachtet, daß bei Kombination der Krysolgantherapie mit lokaler Quarz- bzw. CO_2-Behandlung die Erfolge recht günstig waren. Heilung hat er dagegen auch bei kombinierter Anwendung von Krysolgan und Tuberkulin (selbst bei Erzielung von Herdreaktionen) nicht erzielt.

K. Herxheimer-Frankfurt a. M. warnt wegen der bei der Krysolganbehandlung des Lupus erythematosus beobachteten Todesfälle vor der Anwendung dieses Mittels bei der Lupusbehandlung und weist besonders eindringlich auf die Verwendung allerniedrigster Krysolgandosen hin.

Bettmann-Heidelberg berichtet über anfängliche Erfolge mit der Ektebinbehandlung des Lupus vulgaris, denen jedoch nur ein vorübergehender Erfolg beschieden war.

v. Zumbusch-München schließt sich der Bettmannschen Ansicht an.

Ritter-Hamburg macht gegenüber den beim Krysolgan beobachteten Nebenwirkungen aufmerksam auf die Ungefährlichkeit des Triphals, mit dem er auch bei Psoriasis Erfolge erzielt habe.

Digitized by Google

Gleich Gutes über Triphal berichtet Schmitt-Tübingen, der dieses Mittel beim Lupus erythematodes in Dosen von 0,0025—0,005 bei 6 Fällen mit gutem klinischen Erfolge und ohne Schädigungen angewandt hat.

Kyrle-Wien möchte sich den Bedenken gegen die Anwendung des Krysolgans nur bedingt anschließen; bei großer Vorsicht und Anwendung kleinster Dosen sowie steter Berücksichtigung der Überempfindlichkeitsgefahr ist seine Anwendung gewiß zu empfehlen.

Schlußbemerkungen Müller-Mainz: Wegen der Ausdehnung der Diskussion auch auf die Behandlung des Lupus erythematosus wird betont, daß beim Lupus erythematosus nach Feststellung von positiven Lokalreaktionen mit Ektebin dieses Präparat (aber nicht lokal am Orte der Erkrankung wie beim Lupus vulgaris) ebenfalls in Kombination mit Krysolgan zur Anwendung gelangt, wie er es bei der Vorstellung seines Falles für die Lupus-vulgaris-Therapie vorschlug. Ausdrücklich wird gewarnt vor der Anwendung des Krysolgans bei frischen Lungenherden wegen der hierbei gelegentlich unvermeidlichen schweren Schädigungen. Die Krysolgantherapie stets mit den allerkleinsten Dosen vorzunehmen.

Pellicioni-Göttingen: **Leukaemiae cutis lymphatica.** Beginn vor 3 Jahren mit Rötung und Schwellung über den Augenbrauen und an der linken Hand, promptes Ansprechen auf Arsen bei Beginn der Behandlung. Jetziger Status: typische scharf begrenzte, blaurote, kugelige Tumoren über den Augenbrauen, der Nase, Wangen, Kinn, Ellenbogen; einen hühnereigroßen, braunroten Herd mit erweiterten Follikelmündungen an der Außenseite des linken Oberarmes. Am linken Unterarm reihenförmig angeordnete subkutane, leicht bläulich durchschimmernde bis bohnengroße Knoten, Haut der Hände mäßig gespannt, lividrot, schuppend. Derbe Schwellung der Hände. Knochen und Periost anscheinend nicht befallen. Mäßige allgemeine Drüsenschwellung. Keinerlei Jucken. Blutbild: Erythrozyten 4 700 000, Hämoglobingehalt 85%, Färbeindex 0,9, Leukozytenzahl 38800, davon 78% Lymphozyten, 8% mononukleäre, 10% polymorphkernige Leukozyten, 2% eosinophile, 2% Übergangszellen. Zahlreiche Gumbrechtsche Schatten. Innere Organe, besonders Leber und Milz, o. B.; Blutdruck nicht verändert. Im Urin Spuren von Urobilin und Urobilinogen. Histologischer Befund bisher noch nicht erhoben.

Diskussion: Touton-Wiesbaden fragt an, ob hier ein pruriginöses Vorstadium beobachtet worden sei wie in den Fällen von Wagner, Joseph, Arning.

Erich Hoffmann-Bonn betont die auffallende Härte der Tumoren.

Schmidt-Göttingen: **Poikilodermia atrophicans vascularis.** Beginn vor 6 Jahren angeblich nach Verladen von räutekrankem Vieh. Zuerst Gelbbraunfärbung an Armen und Rücken, dann Jucken; unter Kratzen reihenförmige Knötchenbildungen mit nachfolgender Ausbreitung auf dem ganzen Körper. Seit 2 Jahren Sistieren der Progredienz des Prozesses, statt dessen stärkere bräunlichere Färbung der Haut und Auftreten weißer und rötlicher Flecken an anderen Stellen. In den letzten 2 Jahren Mattigkeitsgefühl, Abmagerung. Mit den verschiedensten Mitteln seither behandelt. Im jetzigen Status des Pat. wird besonders betont die pergamentartige Konsistenz der stark gespannten und teilweise verdickten Haut, deren marmorierte Oberfläche neben weißlichen, fleckförmigen Narben, Teleangiektasien und mehr oder weniger flächenhafte Pigmentation aufweist. Schuppenbildung auf dem behaarten Kopf, Lichenifikation an den Beugeseiten der Arme, an den Unterschenkeln Varizen und flächenhafte Dermatitis varicosa. Die blauverfärbten Hände fühlen sich kalt an, die starre und feste Haut an den Fingern hat zu Ankylosenbildung geführt. Raynaudscher Symptomenkomplex. Blutbild o. B. Blutdruck normal, innere Organe nichts Besonderes.

Diskussion: Erich Hoffmann-Bonn betont die sklerodermieartige Verhärtung der Haut; er möchte die Diagnose Sklerodermie nicht unbedingt abgelehnt wissen.

W. Schmidt-Frankfurt a. M. weist ebenfalls auf die Ähnlichkeit mit Sklerodermie hin, die jedoch im Krankheitsbild der Poikilodermie nichts Ungewöhnliches darstellt.

K. Herxheimer-Frankfurt a. M. erwähnt einen Fall von Poikilodermie, bei dem der Prozeß von den Follikeln ausging, und betont ausdrücklich, daß das Krankheitsbild der Poikilodermia vascularis Jakobi trotz eventuell vorhandener Ähnlichkeiten mit der Sklerodermie aufrecht erhalten werden muß. Er spricht sich in diesem Falle für die Diagnose Poikilodermie aus.

Touton-Wiesbaden betont die Ähnlichkeit der vorhandenen Teleangiektasien mit den Gefäßerweiterungen, wie sie bei Röntgenschädigungen vorkommen, wogegen K. Herxheimer das stärkere Hervortreten der Teleangiektasien bei Röntgenschädigungen im Ver-

Digitized by Google

gleich zu den in diesem Falle vorhandenen Gefäßerweiterungen hervorhebt. Touton-Wiesbaden erwähnt demgegenüber einen Fall aus der amerikanischen Literatur, der mit Röntgenstrahlen behandelt wurde, trotzdem ziemlich allgemein die große Ähnlichkeit des Krankheitsbildes mit der Röntgenverbrennugg betont wurde. Jedenfalls warne diese Beobachtung vor der Anwendung von Röntgenbestrahlung bei der Poikilodermie.

Hesse-Düsseldorf: **Zosteriformes Syphilid.** Wahrscheinlich auf Grund einer Lues hereditaria tarda, da Pat. als Kind stets schwächlich gewesen und der Vater nach den Angaben des Hausarztes eine Lues gehabt haben soll.

Diskussion: Bettmann-Heidelberg möchte wegen der zosteriformen Anordnung etwas wissen über den Ausfall der Liquoruntersuchung.

Erich Hoffmann-Bonn vermag diesen Fall nicht als Lues congenita tarda anzusehen; er nimmt vielmehr ein Satellitensyphilid bei Lues aquisita (ignota) an und weist darauf hin, daß auch bei Lues congenita der dritten Generation eine sehr strenge Kritik bezüglich des Nachweises der Lues congenita gefordert werden müsse.

Fuß-Ludwigshafen: **Morbus Darier.** Beteiligung der Schleimhaut und der Nägel in drei Generationen bestehend. Klinisches Bild nicht sehr typisch, dagegen histologischer Befund der Darierschen Erkrankung. Demonstration der histologischen Präparate.

Fuß-Ludwigshafen: **Hypertrichose,** entstanden über einem Gumma der Tibia und auf spezifische Kur nahezu völlig geschwunden.

Diskussion: Kohn-Frankfurt a. M. weist auf einen von ihm beobachteten, im Wolff-schen Lehrbuch veröffentlichten Fall von Hypertrichosis aquisita hin, die entstanden war durch Applikation von Jodoform bei multiplen Abszessen der äußeren Haut bei Puerperalfieber.

Fuß-Ludwigshafen: **Casus pro diagnosi. Naevus follicularis cysticus?** Demonstration einer (wenig deutlichen) Photographie des Falles mit Vorzeigen der histologischen Präparate. Lokalisation der Affektion auf der linken Halsseite bandförmig vom Ohr herabziehend. Auftreten im 13. Lebensjahre, spontaner Rückgang innerhalb von 2 Jahren.

Voigt-Nürnberg: **Mycosis fungoides.** 59jähr. Frau in gutem Ernährungszustand. Beginn der Erkrankung vor ungefähr 12 Jahren mit häufig rezidivierendem Ekzem an Handtellern und Fußsohlen; seitdem ständig Jucken am ganzen Körper, das sich in den letzten Jahren sehr vermehrte. Vor 8 Jahren zwei „Knoten" am linken Ober- und Unterschenkel, die inzidiert wurden. Seit 5 Jahren beiderseits symmetrisch vor dem Ohre derbe, langsam wachsende, zuletzt kleinhandtellergroße, nicht schmerzhafte Knoten. Haut darüber nicht faltbar oder verschieblich, teilweise bläulichrot verfärbt, atrophisch mit einzelnen Teleangiektasien. Über dem oberen Drittel der Ulna beiderseits ebenfalls symmetrisch rechts handtellergroße, links walnußgroße Vorwölbung. Durch die nicht verschiebliche und leicht bläulichrot gefärbte Haut lassen sich einzelne Knoten abtasten. Auf beiden Brüsten zahlreiche erbsen- bis bohnengroße, über das Hautniveau erhabene rot- bis bläulichrot verfärbte Effloreszenzen von derber Konsistenz, sämtlich in der Kutis gelegen, nicht druckempfindlich und gut verschieblich. Infiltrate teils strangförmig konfluiert. Einzelne ähnliche Knötchen auch auf Sternum, Unterbauch, Schenkelbeuge, Os sacrum, Beugeseite der Oberschenkel, hier teilweise flächenhaft konfluiert. Starkes Jucken, Drüsenschwellungen nicht vorhanden, innere Organe ohne krankhafte Veränderungen. Blutbild: Hämoglobin 82%, rote Blutkörperchen 4800000, weiße Blutkörperchen 12000, darunter 51% Eosinophile, 36% Lymphozyten, 11% Neutrophile, 2% Mononukleäre. Zum klinischen Bild der Mycosis fungoides, für die das Krankheitsbild gehalten wird, scheint das mikroskopische Bild nicht zu passen, das (nach Untersuchung in der Erlanger Universitätsklinik Prof. Hauck) nur unter unverändertem Epithel knotenförmige Anhäufung von Zellen, vorwiegend lymphozytärer Natur, und Vermehrung der Fibroblasten ergab.

Diskussion: Touton-Wiesbaden kommt zurück auf das bereits beim Leukämiefall Gesagte. Die mehrfach auftretenden juckenden Attacken sprächen ebenfalls dafür, wenn sie von prurigoartigen Papelquaddeln begleitet gewesen wären.

K. Herxheimer-Frankfurt a. M. hält die Affektion klinisch für eine Mycosis fungoides wegen der Tumoren, die in dieser Art bei Leukämie nicht vorkommen. Seine endgültige Diagnose macht er allerdings vom histologischen Befund abhängig, der in jedem Fall für die Diagnose Mycosis fungoides ausschlaggebend bleibt.

Kyrle-Wien hält es für zweckmäßiger, vorliegenden Fall der Mycosis fungoides nicht zuzusprechen wegen des histologischen Befundes. Wo der histologische Befund

Digitized by Google

nicht in typischer Weise gegeben ist, soll man Mycosis fungoides niemals diagnostizieren. Erweiterung des histologischen Begriffes Mycosis fungoides schafft nur Verwirrung.

Hauck-Erlangen hält den Fall für Pseudoleukämie, und zwar auf Grund des histologischen Bildes, welches aus streifenförmigen oder knotigen, zirkumskripten, lymphozytären Infiltraten besteht.

Bettmann-Heidelberg schließt sich der Ansicht von Herxheimer und Kyrle an bezüglich der Diagnose Mycosis fungoides, die auch er nur auf Grund des typischen histologischen Befundes vornehmen möchte. Er erwähnt in diesem Zusammenhang einen zur Zeit in Beobachtung stehenden Fall seiner Klinik, bei dem es sich vielleicht um Mycosis fungoides mit sekundärer Erythrodermie und starker Eosinophilie im Blutbild handelt, und weist auf solche Übergangsformen mit benachbarten Krankheitsgruppen hin.

Zieler-Würzburg schließt die Diagnose Lymphogranulomatose in dem vorliegenden Falle aus.

v. Zumbusch-München hält den Fall weder für Mycosis fungoides noch für Lymphogranulomatose, auch nicht für Leukämie, sondern für einen der Fälle, die man in keine der drei genannten Krankheitsgruppen zwanglos einreihen kann.

Erich Hoffmann-Bonn hält ohne genaue Durchsicht der histologischen Präparate die bestimmte Diagnose Mycosis fungoides nicht für möglich und möchte den strengen Standpunkt von v. Zumbusch und Kyrle mit Rücksicht auf die noch nicht ganz wegzuleugnende Möglichkeit von „faits de passage“ (Brocq) bezüglich der Abgrenzung der Mycosis fungoides nicht ganz teilen.

Theodor Baer-Frankfurt a. M.: **Sclerodermie en plaques.** 51jähr. Mann mit zwei Herden am Abdomen, angeblich entstanden im Anschluß an Trauma.

Theodor Baer-Frankfurt a. M.: **Anetodermie (Atrophia maculosa cutis) der behaarten Kopfhaut.** 2 Fälle bei jungen Männern mit einer größeren Anzahl haarloser Stellen von knitteriger, welker Beschaffenheit.

Diskussion: H. W. Siemens-München fordert die histologische Sicherung der Diagnose, weil Krankheitsbild klinisch völlig atypisch.

K. Herxheimer-Frankfurt a. M. wendet sich ebenfalls gegen die Diagnose, in die er wegen des klinischen Bildes größte Zweifel setzt, und lehnt die vorgeschlagene Diagnose ohne histologische Erhärtung ab.

Erich Hoffmann-Bonn schließt sich dieser Meinung an.

Theodor Baer-Frankfurt a. M.: **Röntgenatrophie und Psoriasis.** 34jähr. Frau, die vor 17 Jahren mehrmals wegen Psoriasis an den Ellenbogen mit X-Strahlen behandelt wurde. Jetzt an den bestrahlten Stellen ausgedehnte Atrophien, auf der in jüngster Zeit erneut Psoriasisherde aufgetreten sind. Gute Einwirkung der Höhensonnenbestrahlung auf die Psoriasis.

Theodor Baer-Frankfurt a. M.: **Livedo racemosa.** 25jähr. Mädchen, luetische Infektion vor 5 Jahren, zuerst zwei Salvarsankuren, dann nur noch Wismutbehandlung. Die Livedo racemosa besteht seit 2 Jahren. Lokalisation an den Glutäen und den unteren Extremitäten.

Diskussion: Erich Hoffmann-Bonn weist darauf hin, daß die antiluetische Therapie das vorhandene Krankheitsbild therapeutisch nicht wesentlich beeinflussen kann, da die Gefäßveränderungen nicht mehr rückgängig zu machen sind.

Brun-Wiesbaden: **Erythema migrans.** Junges Mädchen. Prozeß vor einem halben Jahre beginnend und innerhalb der Beobachtungszeit über den ganzen Oberschenkel ausgebreitet.

Diskussion: Touton-Wiesbaden denkt an das wandernde späte Neurosyphilid Unnas, was man aber nur nach längerer Beobachtung und dem positiven Ausfall der Seroreaktion diagnostizieren könne.

Dagegen betont K. Herxheimer-Frankfurt a. M., daß vom Neurosyphilid gar keine Rede sein kann, da alle die charakteristischen Merkmale dieser Erkrankung in dem vorgestellten Falle nicht vorhanden sind. Er schließt sich der von Brun gestellten Diagnose Erythema migrans an.

Brun-Wiesbaden: **Urticaria pigmentosa.** 28jähr. Mädchen, keine Erscheinungen von Urticaria factitia.

Diskussion: K. Herxheimer-Frankfurt a. M. fragt den Vorstellenden, ob er die Urticaria pigmentosa oder die Urticaria cum pigmentatione meint. Er ist für die letztere Diagnose. Histologische Untersuchung wird gewünscht, jedoch dabei darauf hingewiesen, daß auch die Histologie keinen endgültigen Entscheid in der Abgrenzung dieser beiden Krankheitsarten zu erbringen imstande ist.

Digitized by Google

v. Zumbusch-München und Erich Hoffmann-Bonn sind gleichfalls für histologische Untersuchung.

Bernstein-Frankfurt a. M.: **Lichen ruber planus und verucosus.**

Bernstein-Frankfurt a. M.: **Röntgenschädigung mit Atrophie und Teleangiektasien.**

Diskussion: K. Herxheimer-Frankfurt a. M. weist — in Erwiderung der Toutonschen Behauptung, daß die Teleangiektasien bei Röntgenverbrennungen den Gefäßerweiterungen bei dem oben vorgestellten Falle von Poikilodermia atrophicans vascularis zum Verwechseln ähnlich sähen — an Hand des vorgestellten Falles auf die massivere und ausgedehntere Ausbildung der Gefäßerweiterung bei Röntgenschädigungen hin.

Bernstein-Frankfurt a. M.: **Tubero-ulzero-serpiginöses Syphilid oder Kankroid.** 40jähr. Pat. mit Fazialislähmung und positivem Wassermann wird seit einem Jahre wegen einer Affektion im Gesicht mit Silbersalvarsan und Jodkali behandelt. Abheilen der Hauterkrankung bis auf den jetzigen Hautbefund, der mit antiluetischer Behandlung therapeutisch nicht mehr beeinflußbar ist. Status: Auf der rechten Wange, am Ohr weißlichverfärbte, dreimarkstückgroße, atrophische, sich glatt und derb anfühlende Hautpartie, umgeben von einem rotbraunen, schuppigbelegten, infiltrierten, ungefähr 0,5 cm breiten Wall, der auf Ohrmuschel und Ohreingang übergehend krustöse Auflagerung mit derbem, scharfem Rand trägt. Vortragender entscheidet sich zugunsten eines Kankroids. Probeexzision von Pat. abgelehnt.

Diskussion: Erich Hoffmann-Bonn zieht Lupus erythematosus in Betracht und fragt nach dem lokalen Schmerz auf Sondenstrich, der vorhanden ist.

Heuck-München: Follikuläre Keratosen wie beim Lupus erythematosus sind nicht vorhanden. Zarte, gleichmäßige Narbe spricht trotz des positiven Wassermanns gegen Lues. Plädiert für die Diagnose Kankroid.

K. Herxheimer-Frankfurt a. M. spricht sich dahin aus, daß eine klinische Diagnose zur Zeit nicht einwandfrei zu stellen ist, da der krustöse Rand mit seinen Auflagerungen den eigentlich zugrunde liegenden Krankheitsprozeß vollkommen verdeckt.

v. Zumbusch-München: Erforderlich zur endgültigen Diagnose ist die Probeexzision. Klinisch hält er die Affektion für Kankroid.

Die folgenden Fälle entstammen der Dermatologischen Universitätsklinik Frankfurt a. M.

Uhlmann-Frankfurt a. M.: **Neurofibromatosis Recklinghausen.** 42jähr. Mann mit 19jähr. Tochter; bei beiden das gleiche Leiden, beginnend bei Vater und Tochter im 13. Lebensjahre. Hinweis auf verzögertes Auftreten der Menstruation bei der Tochter (erste Menses im 18. Lebensjahre, zweite ein halbes Jahr später).

Martin-Frankfurt a. M.: **Mycosis fungoides d'emblée.** 33jähr. Pat., plötzlich erkrankend an einem langsam wachsenden, braunrötlich gefärbten, ganz regelmäßig und scharf gegen die Umgebung abgesetzten, etwa 3 mm über das normale Hautniveau erhabenen, leicht höckerig gestalteten, lichenoid-glänzenden, mit Schuppenkrusten bedeckten, polsterartig weich sich anfühlenden Tumor auf dem rechten Nasenflügel, der subjektiv außer zeitweiligem leichten Jucken keine Beschwerden machte. Glatte Abheilung unter Arsen und Röntgentherapie. Im Blutbilde keine Veränderung. Histologisch typische Mycosis fungoides (mit Demonstration).

Martin-Frankfurt a. M.: **Mycosis fungoides d'emblée.** 37jähr. Mann, vor einem halben Jahre erkrankend an einem langsam wachsenden, juckenden Tumor über dem rechten ulnaren Kondylus des Ellenbogens, der bei der Aufnahme zu einem etwa haselnußgroßen, lichenoid-glänzenden, polsterartigen Tumor von bläulich-braunroter Farbe angewachsen war. Keine Drüsenschwellungen. Exstirpation des Primärtumors (Chancre mycosique) und histologische Untersuchung. Histologisches Bild typisch für Mycosis fungoides (mit Demonstration). 3 Wochen nach der Exstirpation dieses Tumors stellt sich ein durch Jucken eingeleitetes Exanthem ein, dessen Einzelelemente aus stecknadelkopfgroßen, derben, lichenoiden, bräunlichroten Knötchen bestehen, die histologisch ebenfalls das typische Bild der Mycosis fungoides zeigen. Glattes Abheilen unter Arsentherapie. Blutbild vollständig normal.

Martin-Frankfurt a. M.: **Mycosis fungoides.** 75jähr. Frau, Beginn des Leidens im August 1924 mit stark juckenden, scharf abgegrenzten, hochroten, ihren Sitz ständig wechselnden, guirlandenförmig konfigurierten ekzematösen Plaques, die trotz der Behandlung sich allmählich, ständig ihren Platz wechselnd, zu infiltrierten lichenoid-glänzenden Herden auswuchsen. Bei der ersten Aufnahme in die Klinik (Ende Oktober 1924) waren bereits neben ekzematösen und lichenoiden Herden vereinzelt polsterartig weiche, bläu-

Digitized by Google

lichrot gefärbte Tumoren vorhanden. Nach dem klinischen Bilde wurde die Diagnose Mycosis fungoides vom klassischen Typ gestellt. Der galoppierende Ablauf der Erkrankung bis zum Tumorstadium ist hervorzuheben. Die histologische Untersuchung an einem Tumor ergab eine dichte, bei schwacher Vergrößerung ziemlich monomorphe Infiltration des papillären und subpapillären Anteils der Lederhaut unter völligem Freibleiben des Stratum reticulare. Bei starker Vergrößerung eine allerdings wenig ausgesprochene Polymorphie, wie sie bei Mycosis fungoides gefunden wird. Blutbild damals vollkommen normal. Unter Arsen und Röntgenbehandlung während einmonatigen Krankenhausaufenthaltes vollständiges Abheilen der Erscheinungen. 14 Tage nach der Entlassung aus dem Krankenhaus Wiederaufnahme. Erneut alle klinischen Erscheinungen wie beim ersten Aufenthalt, auch an den Stellen, die mit Röntgenstrahlen behandelt worden waren. Blutbild bei dauernder Beobachtung vollkommen normal, glatte Abheilung auch dieser Erscheinungen unter kombinierter Arsen-Röntgenbehandlung. Diese zweite Remission hielt etwa 6 Wochen an. Bei der erneuten Aufnahme vor etwa 8 Tagen bot die Kranke folgendes Bild: diffuse Rötung, Infiltration und Exfoliation am ganzen Körper; Stadium der Erythrodermie, klinisches Bild der Dermatitis exfoliativa universalis. In die Erythrodermie eingelagert an den verschiedensten Stellen lichenoide Plaques und Tumoren vom Typ der Mykosisgeschwülste. Blutbild: Erythrozyten 1700000, Leukozyten 96400, davon 88% Lymphozyten, 4% neutrophile polynukleäre, 3% eosinophile, 5% Myelozyten. Das nunmehr sich bietende Blutbild einer lymphatischen Leukämie wird mit dem klinischen Bilde der Mycosis fungoides vereinigt und als Übergangsform zwischen beiden Erkrankungen betrachtet. Die leukämische Genese der Micosis fungoides wird abgelehnt. Weitere Beobachtung der Kranken auch bezüglich der vorläufig normalen inneren Organe und des histologischen Befundes der Erythrodermie wird vorgenommen.

Martin-Frankfurt a. M.: **Sklerodermie.** 24jähr. Mann mit Sklerodermieherd auf der rechten Wange über dem Jochbogen mit gleichzeitiger Beteiligung des Zahnfleisches des rechten Oberkiefers entsprechend den seitlichen Schneidezähnen und vorderen Backzähnen.

Martin-Frankfurt a. M.: **Keratoma hereditarium palmare et plantare.** 33jähr. mit dem typischen Bilde der Keratoma hereditarium palmare et plantare, bei der besonders günstiger therapeutischer Erfolg mit Kalium-causticum-Ätzungen erzielt wurde. Stammbaum ohne besonderes Interesse, weil Erkrankung dominant vererblich.

Martin-Frankfurt a. M.: **Alopecia parvimaculata (Dreuw).** Zwei Kinder mit kleinfleckigem Haarausfall, besonders ausgesprochen über dem Scheitel und den Parietalhöckern. Teilweise bereits Atrophie der Herde eingetreten. Behandlung mit dem Herxheimerschen 10%igen Karboterpinspiritus. Anschließend kurzer Bericht über die von Edmund Hofmann und Hans Martin beobachtete Epidemie und Hinweis auf den pathogenetischen Zusammenhang des epidemieartigen Auftretens der Erkrankung in jüdischen Kreisen mit der rituellen Vorschrift, einheitliche Kopfbedeckungen ständig zu tragen. (Wird veröffentlicht in der D. m. W.).

Edmund Hofmann-Frankfurt a. M.: **Lichen spinulosus.** Frau mit nävusartiger, auf die rechte Körperseite beschränkter und genau in der Mitte abschneidender Affektion, deren morphologische Einzelefflorescenz dem Lichen pilaris gleicht und wegen der vorhandenen suprafollikulären Schüppchen mit dem Zusatz spinulosus zu bezeichnen wäre. Außer der morphologischen Beschreibung wird über die nähere Natur des Leidens nichts ausgesagt.

Diskussion: H. W. Siemens wendet sich gegen den Ausdruck Lichen spinulosus, der ein ganz anderes Krankheitsbild bezeichne; in diesem Falle dürfe man höchstens von Lichen (keratosis) pilaris spinulosis sprechen.

Eliassow-Frankfurt a. M.: **Xeroderma pigmentosum.** 6jähr. Mädchen, dessen älterer Bruder vor 3 Jahren mit der gleichen Erkrankung an dieser Stelle vorgestellt wurde (siehe Zbl., 1922, Bd. 7, S. 170). Ein bei dem Bruder im Verlaufe der Erkrankung aufgetretenes Karzinom mit Metastasierung in die Lymphdrüsen der Porta hepatis und hieraus resultierendem mechanischen Ikterus hatte bei diesem Falle zum Exitus geführt. Die fünf übrigen Geschwister gesund, in der Aszendenz keine weiteren Fälle. Konsanguinität der Eltern nicht vorhanden. Prozeß jetzt stationär durch möglichsten Schutz der Haut vor Lichteinwirkung.

Eliassow-Frankfurt a. M.: **Ichthyosis congenita (Sauriasis).** 13jähr. Mädchen. Geschwister völlig gesund. In der Aszendenz keine weiteren Fälle. Keine Konsanguinität der Eltern. Ichthyosis in den ersten Lebenstagen aufgetreten und sich ständig verschlimmert. Beiderseits starkes Ektropium der Augenlider.

Digitized by Google

K. Schmitt-Frankfurt a. M.: **Pemphigus vulgaris.** 28jähr. Frau. Beginn im April 1923 mit Blasenbildung auf der Epiglottis, die sich allmählich auf das Gesicht und auf die Extremitäten ausbreiteten. Im Anschluß an die Geburt eines Kindes Ausdehnung über den ganzen Körper. Besonders stark bei dieser allgemeinen Eruption befallen der Mund und das Genitale, wo die grob-papilläre gewucherte Oberfläche den Eindruck eines Pemphigus vegetans hervorrief, ohne daß der weitere Verlauf der Erkrankung diesen Verdacht bestätigte. Blut- und Blasenecsinophilie. Außer lokaler Behandlung Salvarsantherapie. Zur Zeit Freisein von Blaseneruptionen.

K. Schmitt-Frankfurt a. M.: **Pemphigus vulgaris.** 2jähr. Kind mit ausgedehnten Pemphigusblasen, besonders auf der Haut vom Nabel abwärts, mehrere Rezidive unter der Behandlung, zur Zeit nur geringe Erscheinungen.

K. Schmitt-Frankfurt a. M.: **Pityariasis rubra pilaris.** Wird noch ausführlich veröffentlicht. (Außerdem Zbl., Bd. 13, S. 33.)

K. Schmitt-Frankfurt a. M.: **Lichen ruber acuminatus.** 6jähr. Kind. Beginn an den Armen und sich in symmetrischer Anordnung über den ganzen Körper und auf den behaarten Kopf ausdehnend, in scharf begrenzten, infiltrierten Herden, wie am Rande die Primäreffloreszenzen erkennen lassen.

K. Schmitt-Frankfurt a. M.: **Leukoderma psoriaticum.** Aufgetreten im Verlaufe der Heilung bei Teerbehandlung.

K. Schmitt-Frankfurt a. M.: **Acrodermatitis chronica atrophicans (Herxheimer).** 56jähr. Frau. Lokalisation an den oberen Extremitäten in charakteristischer Weise.

K. Schmitt-Frankfurt a. M.: **Raynaudsche Erkrankung.**

K. Schmitt-Frankfurt a. M.: **Dermatitis herpetiformis Duhring.**

K. Schmitt-Frankfurt a. M.: **Psoriasis pustulosa.**

Hess-Frankfurt a. M.: **Schleiferknoten.** Als Nebenbefund bei einem Fall von Lupus erythematosus Schleiferknoten auf der Streckseite der Finger beider Hände über den Gelenken, hervorgerufen durch dauernden Druck auf die Finger bei der Arbeit (Maschinenschleifer). Dazu histologische Demonstration.

Holzamer-Frankfurt a. M.: **Wismuttoxidermie.** Wird in der Kl. W. ausführlich veröffentlicht. Demonstration des Pat. und Hinweis auf die außerordentliche Hartnäckigkeit der Persistenz des Exanthems, das zur Zeit neben sehr ausgedehnten, teils flächenförmigen, teils netzförmigen Pigmentierungen immer noch starke Infiltration mit lichenoiden Veränderungen zeigt.

Pohlmann-Frankfurt a. M.: **Lupuskarzinom.** Zwei Fälle (43- und 45jähr. Mann), mehrfach geröntgt. Letzte Röntgenbestrahlung aus therapeutischen Erwägungen heraus bei dem einen Pat. im Dezember 1924, bei dem anderen im Februar 1925.

Hartmann-Frankfurt a. M.: **Gonorrhoische Hyperkeratosen.** Demonstration der farbigen Diapositive und des histologischen Befundes eines Falles, der im Sommer 1924 bei einem 54jähr. Mann mit positiver Blennorrhoe-Urethritis und blennorrhoischer Arthritis zur Beobachtung gelangt war.

C. Vortrag am Schluß der Tagung.

Richard Koch-Frankfurt a. M.: **Über den jetzigen Stand der Frage nach dem ersten Auftreten der Syphilis in Europa.** Frage nach dem Ursprung der Syphilis heute im wesentlichen ein Streit darum, ob der von Iwan Bloch anscheinend einwandfrei geführte Beweis des amerikanischen Ursprunges der Krankheit weiterhin zu Recht besteht, oder ob die zähe Arbeit Karl Sudhoffs diesen Beweis allmählich so erschüttert hat, daß er nicht mehr aufrecht erhalten werden kann. Iwan Bloch hatte vornehmlich zwei Zeugnisse angegriffen, die beweisen sollten, daß die Syphilis schon vor der Rückkehr des Kolumbus beobachtet wurde. Es handelt sich dabei um die Bodmann-Stelle und um einen vom Jahre 1489 datierten Brief des italienischen Humanisten Petrus Martyr Anglerius. Es ist Bloch gelungen, die Glaubwürdigkeit dieser beiden Dokumente so stark zu erschüttern, daß sie als Stützen der ihm gegnerischen Meinung nicht mehr gelten können. Bloch hat weiterhin dargelegt, daß die Dokumente für die Altertumssyphilis nicht beweiskräftig sind. Vor allem spielt bei Bloch eine große Rolle der plötzliche Ausbruch der Syphilis in den Jahren nach 1493 — ein unter Hinweis auf Immunitätsfragen außerordentlich suggestiv wirkendes Moment. Als Zwischenträger der Seuche schien das Söldnerheer Karls VIII., das im Jahre 1495 Neapel eroberte, recht belastet. Zur Stützung seiner Ansicht Verwendung der Aussagen dreier zeitgenössischer spanischer Schriftsteller (Diaz de Isla, Oviedo und Las Casas) und Heranziehung der Forschungen von Montejo. Die Gegenargumente Sudhoffs sind gekennzeichnet: durch einen primären Zweifel an der Sicherheit der Blochschen Beweisführung, durch den Gebrauch der

Digitized by Google

Methode der Inkunabeln-Handschriften und Archivforschung und endlich durch ein grundsätzliches Zweifeln an den von den Quellen unabhängig gewordenen historischen Berichten. Sudhoff zeigte, daß zwei frühgedruckte Stellen nur schwer bis zur Zeit der Kolumbusheimkehr hinaufzudatieren seien, daß ein plötzliches Auftreten der Seuche durch das Söldnerheer Karls VIII. nicht mit den authentischen Berichten von diesem in der Syphilisliteratur legendarisch entstellten Feldzug und nicht mit der Zeit der Abfassung des Gotteslästerediktes zu vereinigen sei. Die Aufzeichnungen der Städte Augsburg, Frankfurt a. M., Nürnberg lassen von einem explosionsartigen Ausbruch der Krankheit nichts erkennen. Die viel erwähnte Ratlosigkeit der Ärzte gegen die Erkrankung ist zweifellos stark übertrieben. Schon vor 1493 ist von Mala franzos, von bösen Blattern und von Grande verole die Rede gewesen. Auf die Zeugnisse durch syphilitische Knochen und auf die Angaben über die Altertumssyphilis ist kein entscheidender Wert zu legen. Schließlich Hinweis darauf, daß um das Jahr 1500 die Menschen anders sehen lernten, vorher im wesentlichen Denkbilder, nachher Schaubilder. Standpunkt des Vortragenden: Anfang der 90er Jahre des 15. Jahrhunderts gehäuftes und bösartiges Auftreten der Syphilis in allen bekannten Ländern. Sie braucht nicht neu gewesen zu sein, um damals für neu gehalten worden zu sein. Ablehnung der Annahme vom amerikanischen Ursprung. Hans Martin-Frankfurt a. M.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1925, Bd. 43, H. 3/4.

Beitrag zur Klinik der Tuberkulide, von K. Herxheimer und H. Martin, Derm. Univ.-Kl. Frankfurt a. M. S. 127. Der 42jähr. Pat. weist am Rande des Ohres und an der Helix beiderseits mehrere linsengroße, glänzende, derbe, rundliche Papeln auf, die zentral mit Krusten bedeckt sind und im Zentrum einen gelblichen Farbenton erkennen lassen. Auf beiden Handrücken, fast symmetrisch, sieht man eine braunrötliche Partie, die von einem Kranz von rundlichen bis ovalen, gelblich-bläulichroten, derben Papeln mit zentraler Einziehung umgeben ist. Die Papeln fallen durch einen eigentümlich wächsernen Glanz auf. Auf Glasdruck bleibt an der Peripherie der Papeln ein bräunlichgelber Farbton zurück. Auf diagnostische Tuberkulininjektion keine Herdreaktion, starke Reaktion an der Injektionsstelle. Die Affektion zeigt an kühlen Tagen einen stark ausgesprochenen blauroten Farbton, die papulösen Effloreszenzen treten stärker hervor. Nach dem rein äußeren Aussehen der Affektion dachten Verff. erst an Lichen ruber planus annularis (Wilson). Im Hinblick auf die symmetrische Lokalisation an Handrücken und Ohren und der ausgesprochenen Neigung zu „Saisondifferenzen" mußten Perniones, Lupus erythematodes, Lupus pernio und Tuberkulide noch in Betracht gezogen werden. Unter Ausschluß der drei erstgenannten Erkrankungen gelangten Verff. zur klinischen Diagnose: „Tuberkulid unter dem Bild eines Lichen ruber planus annularis". Die Diagnose wurde durch die histologische Untersuchung bestätigt. Auf Tuberkulininjektionen heilte die Affektion ohne Narbenbildung ab.

Bilharziaerkrankung der Blase, von A. Stühmer, Univ.-Hautkl. Freiburg i. Br. S. 132. Kasuistische Mitteilung eines selbstbeobachteten Falles von Bilharziaerkrankung der Blase bei einem ägyptischen Studenten. Pat. erkrankte im Kindesalter an Bilharziose und war vom 10. Lebensjahre an beschwerdefrei. In Deutschland akquirierte er zweimal Blennorrhoe und wurde nach vergeblichem Bemühen, die Gonokokken zu beseitigen und den trüben Urin aufzuhellen, der Klinik überwiesen. Im Urin wurden typische Bilharziaeier nachgewiesen. Die spezifischen Veränderungen in der Blase zeigten drei verschiedene Typen: 1. Gruppen von blassen, stecknadelkopf- bis hirsekorngroßen, kreisrunden Knötchen. 2. Am rechten Ureter war ein kirschgroßes, rundliches, tumorähnliches Gebilde, das sehr fest aussah und blumenkohlähnliche Zeichnung aufwies. 3. Am linken

Digitized by Google

Ureter ist die Veränderung nur wenig über das Niveau der Schleimhaut erhaben, die Oberfläche in der unmittelbaren Umgebung der Ureterenmündung blumenkohlähnlich. Die Farbe ist ähnlich der des Tumors der anderen Seite weißlichgelb, nach der Peripherie zu bräunlich. In dieser Zone ist die Oberfläche glatter. Therapeutisch wurden 0,01—0,13 ccm Tartarus stibiatus in $^1/_2$%iger Lösung intravenös verabreicht, insgesamt 1,33 g. Der Urin wurde wesentlich klarer. Eine völlige Klärung wurde jedoch wegen der fortbestehenden Papillome der Blase nicht erreicht. 3 Monate nach Abschluß der Behandlung stellte sich Pat. wieder vor. Die Knötchengruppen waren deutlich verkleinert, ebenso die Papillome am rechten Ureter. Die Erscheinungen am linken Ureter waren etwas flacher. Im Urin keine Eier mehr vorhanden. Nach weiteren 9 Monaten war die Trübung des Urins völlig beseitigt. Pat. verweigerte eine erneute Zystoskopie.

Untersuchungen über die Flockungsreaktion von Kahn, von H. Boas-Kopenhagen. S. 140. Verf. hat 1403 Sera nach der Kahnschen Reaktion untersucht und in 91% Übereinstimmung mit der WR gefunden. Unter 499 Kontrollfällen reagierte die Flockungsreaktion nach Kahn nur dreimal unspezifisch, die WR zweimal. In 904 Fällen von Lues fiel die WR 561 mal = 62% positiv aus, Kahns Reaktion gab 586 mal = 65% positive Ausschläge. 49 mal reagierte nur WR positiv, 74 mal nur Kahns Reaktion positiv. Trotz des hohen Grades der Spezifizität kann die Kahnsche Reaktion die WR nicht ersetzen, da die Ablesung der schwach positiven Reaktionen zu schwierig ist. Dagegen hat sie als ergänzende Reaktion eine große Bedeutung. Bei der Untersuchung von Spinalflüssigkeit bleibt die Kahnsche Reaktion hinter der WR zurück. Die Technik der Reaktion ist die gleiche, die Kahn im Arch. of Derm. and Syph., Bd. 5, S. 570 u. 734, und Bd. 6, S. 332, beschrieben hat.

Die Benutzung quellungsfähiger Kolloide in Verbindung mit einer Silberdepotbehandlung der weiblichen Gonorrhoe, von K. v. Neergaard und R. Schärer, Derm. Univ.-Kl. Zürich. S. 148. Verff. berichten im ersten Teil ihrer Arbeit über ihre experimentellen Versuche zur Ausarbeitung einer neuen Silberdepotbehandlung des Trippers der Frau. Sie gehen von dem Prinzip aus, durch Verwendung quellungsfähiger Grundmassen von bestimmten kolloidchemischen Eigenschaften die Schleimhaut der Urethra und Zervix möglichst zu entfalten und auf diese Weise das Silber auch in den tiefsten Falten voll zur Wirkung kommen zu lassen. Die Eigenschaften der Quellungsmasse bewirken eine kräftige Durchströmung der Schleimhaut, ferner führen sie zur Bildung eines hochdispersen, kolloiden Chlorsilbers mit erhöhter Löslichkeit, und zwar infolge rascherer Diffusion des NaCl der Gewebe. Als günstigstes und wirksamstes Mittel hat sich einstweilen Silbernitrat erwiesen, das durch die Schutzwirkung der Quellungskolloide seiner unangenehmen reizenden Nebenwirkung beraubt ist, seine bakterizide Kraft jedoch in unvermindertem Maße besitzt. Die Behandlung besteht in der Einführung von Stäbchen in Urethra und Zervix. Die Gonokokken verschwinden in den meisten Fällen rasch, und zwar bei Spitalpatientinnen innerhalb von 10—20 Tagen. Die mittlere Behandlungsdauer betrug 44 Tage. Die Resultate bei ambulanter Behandlung waren schlechter. Die mittlere Behandlungsdauer betrug 86 Tage. Die Gründe dafür sind nicht in der Behandlungsmethode zu suchen, sondern in dem Verhalten der Patientinnen, die unregelmäßig erscheinen. Unbedingt erforderlich für rasche Heilung ist tägliche Behandlung, damit die Gonokokken keine Gelegenheit haben, in der Zwischenzeit aufs neue größere Schleimhautgebilde zu affizieren, von denen sie schon vertrieben waren. Kontraindiziert ist die Behandlung bei Komplikationen, Gravidität und bei Schwellung, Erosion der Portio und stärkerer Sekretion. Die Stäbchen werden unter dem Namen „Partagon" von der Firma Fabrik chem.-pharm. Präparate Fritz Augsberger, Nürnberg, vertrieben.

Ein Fall von enormer Wismutüberdosierung ohne schädliche Folgen, von C. Bruck, Derm. Abt. Städt. Krkhs. Altona. S. 178. Der Pat. erhielt von dem Vertreter eines Arztes in einer kleinen Stadt irrtümlicherweise mittels einer Injektion den gesamten Inhalt = 15 ccm eines Fläschchens Casbis, somit 1,5 g Bi! Trotz monatelanger Nachbeobachtung konnten bei dem Pat. nicht die geringsten störenden Folgen der Überdosierung festgestellt werden. Den erfreulichen Ausgang schreibt Verf. dem Umstand zu, daß das gesetzte Depot infolge besonders günstiger reaktiver Abkapselungen nur ganz langsam und allmählich zur Resorption gelangt ist.

Liquorbefunde bei behandelter Syphilis, von H. Mietling, Univ.-Hautkl. Jena. S. 180. In 4 sogleich nach Abschluß der Behandlung untersuchten Fällen von Lues I seronegativa nach reiner oder kombinierter Salvarsanbehandlung war der Liquor normal, ebenso in 8 Fällen von Lues I seropositiva. In einem Fall zeigten sich 2 Monate nach

Digitized by Google

beendeter Kur schwere Liquorschäden. Grund dafür war eine fehlerhafte Kurmethodik. Pat. erhielt erst Neosalvarsan I, sodann in achttägigen Intervallen dreimal Neosalvarsan IV und viermal Neosalvarsan IV in Abständen bis zu 3 Wochen. Unter 38 Fällen, die sogleich und bis zum Ende des ersten Monats lumbal untersucht wurden, zeigte ein Fall positive Phase I, ein anderer eine schwache Globulinreaktion mit Druckerhöhung von 240 mm. Beide Patienten wurden jahrelang beobachtet und wiesen keinerlei Symptome von seiten des Zentralnervensystems auf. Die Untersuchung von 8 mit Salvarsan oder kombiniert behandelten Fällen im 2.—12. Monat nach der Kur ergab einwandfreien Liquor. Dasselbe Ergebnis hatte die Liquoruntersuchung im zweiten und den späteren Jahren nach der Kur bei 23 Patienten. Nur 5 Fälle zeigten Abweichungen von der Norm. In 2 Fällen wurde in der Phase I eine Opaleszenz festgestellt. Klinische Symptome des Zentralnervensystems waren nicht vorhanden. Die übrigen 3 Fälle mit pathologischem Liquor waren typische Beispiele für die Folgen methodisch falsch durchgeführter Kuren. 14 Fälle von Lues III und 1 Fall von kongenitaler Lues hatten normalen Liquor.

Die Linsersche Varizenbehandlung und ihr Wert für die Dermatologie, von E. Kottmaier-Mainz. S. 186. Das Linsersche Verfahren der Varizenverödung mit 15 bis 20%iger Kochsalzlösung ist eine praktisch einfache, sichere, gefahrlose und in ihren kosmetischen Resultaten vorzügliche Methode. Bei ambulanter Durchführung der Behandlung werden in jeder Sitzung 1—2 Venen injiziert. Die Patienten können sofort ungestört ihrer Tätigkeit nachgehen. Verf. setzt sich dafür ein, daß nunmehr, nachdem Linser einen Weg zur ursächlichen Behandlung durch Beseitigung der Blutstauung gezeigt hat, die Therapie des Ulcus cruris varicosum mehr in die Hände des Dermatologen als des Chirurgen gelegt wird. F. Harry-Wiesbaden.

Actas Dermo-Sifiliograficas.

1924, 17. Jahrg., Nr. 1.

Hechos positivos de relacion entre las dermatosis y las afecciones endocrinas (Über Beziehung zwischen Dermatosen und endokrinen Erkrankungen), von J. M. Peyri u. J. Tragant-Barcelona. S. 1. Die Untersuchungen bezogen sich auf Lichen planus acutus generalisatus, Alopecia areata, Psoriasis, Ekzem, Erythrodermiae postsalvarsanes, Keratodermia palmaris und plantaris, Prurigo, Chloasma, Duhring, Lupus erythematosus malae, Vitiligo et Struma, Ichthyosis und 3 Fälle von Struma. Zur Prüfung dienten Extrakte von Thyreoidea, Ovarien, Orchis und Glandula pituitaria, berichtet wird im ganzen über 27 Fälle. Die Resultate sind noch unsicher und nicht einwandfrei. Nach Verf. ist aber die Erforschung der „Vorherrschaft des Vagus und Sympathikus" für die Hautpathologie sehr notwendig, bevor wir dem Kranken ein Heilmittel verordnen. Die Prüfung der endokrinen Drüsenfunktion in Verbindung mit dem Vagus und Sympathikus läßt uns die Hyper- und Hypofunktion erkennen. Unglücklicherweise reagieren nicht alle Kranken auf die pharmakologischen und glandulären Proben, so daß Zweifel für die Interpretation der Resultate entstehen. Verf. nimmt aber an, daß alle diese diagnostischen Beweismittel noch Veränderungen erfahren werden, bevor sie als definitiv angenommen werden.

Neurosifilis postbismutica (Neurosyphilis nach Wismutbehandlung), von F. Criado. S. 56. Verf. verordnete einem Kranken, bei dem im November ein Schanker am Glied aufgetreten war und der ihn Ende Dezember wegen Roseola, Plaques und Kopfschmerzen konsultierte, eine Serie von 12 Injektionon à 0,3 g Jodwismutchinin, alle 5 Tage eine Einspritzung. Nach der zweiten Einspritzung verschwanden die Kopfschmerzen, die Roseola und Rachenbeschwerden. Die zwölfte Injektion erfolgte am 24 Februar. Am 28. März traten plötzlich heftige Geräusche und relative Taubheit des rechten Ohres auf mit Erscheinungen von Schwindelgefühl, Übelkeit und Gleichgewichtsstörungen, die das Gehen erschwerten. Am 30. März begann die erste Injektion der zweiten Serie der Wismutinjektionen. Nach der ersten Injektion trat eine rechtsseitige Fazialisparese auf. Nach der dritten Injektion verschwanden die Gehörstörungen und nach der vierten Woche trat vollständige Heilung aller Erscheinungen durch Wismut und Neosalvarsan ein. Verf. vergleicht diese Störungen mit den Neurorezidiven nach ungenügender Salvarsanverabreichung und hält in Übereinstimmung mit Milian für eine isolierte Wismutkur mindestens 24 Injektionen von Jodchininwismut für erforderlich.

Digitized by Google

La lampara de cuarzo en el tratamiento local de la pelada (Über die Behandlung der Alopecia areata mit der Quarzlampe), von B. de Medina-Madrid. S. 59. Verf. bestrahlt in der ersten Sitzung von zehn Minuten Dauer in einem Fokalabstand von 40—50 cm von der Quarzlampe, um die Toleranz der Kranken zu prüfen. Dann aber läßt er intensivere Bestrahlungen von 15 cm Distanz und 30 Minuten Dauer bis zur Erythem- und Blasenbildung folgen. Die entzündeten Stellen werden mit Lassarscher Zinkpaste behandelt und die Bestrahlung kann fortgesetzt werden, ehe die Entzündung ganz abgeklungen ist. Verf. kommt auf Grund seiner günstigen Heilerfolge zu dem Schluß, daß die Quarzlampe bei richtiger Anwendung allen übrigen lokalen Behandlungsmethoden der Alopecia areata überlegen und deshalb das sicherste und schnellste Heilverfahren für diese Art von Affektionen ist, indem auch die Ausbreitung der Stellen und das Erscheinen neuer Stellen verhindert wird. R. Ledermann-Berlin.

Acta Dermato-Venereologica.

1925, Bd. 6, H. 1.

Über Abcessus ad anum gonorrhoicus und Drüsenkomplikationen der Rektalgonorrhoe, von J. Almkvist-Stockholm. S. 1. Beschreibung von vier Fällen von Abscessus ad anum gonorrhoicus bei gleichzeitig bestehender Rektalblennorrhoe. Bei einem Fall wurde die Diagnose nur nach dem klinischen Bild gestellt, bei den übrigen Fällen wurden im Abszeßeiter kulturell Gonokokken nachgewiesen. Es besteht in der Pathogenese dieser Abszesse eine Analogie mit den periurethralen blennorrhoischen Abszessen. Verf. nimmt eine besonders genaue Analogie zwischen perirektalem Abszeß und Abszeß der Bartholinischen Drüsen an. Bei Anwesenheit von zahlreichen Bakterien in der Rektalschleimhaut kann durch diese Bakterien eine Drüseninfektion zustandekommen ohne früher bestehende Blennorrhoe. Für perirektale Abszesse mit vorwiegend anderen Bakterien als Gonokokken muß deshalb ein gonorrhoischer und nichtgonorrhoischer Ursprung angenommen werden. Bei diesen Fällen hat der Abszeßeiter stinkenden, fäkulenten Geruch.

Über Lymphogranulomatose der Haut mit besonderer Berücksichtigung der ulzerösen Formen, von L. Arzt und A. Randak, Derm. Univ.-Kl. Wien. S. 16. Die Hautveränderungen der Lymphogranulomatose müssen nach histologischem Aufbau und biologischem Charakter betrachtet werden. Nach dem histologischen Aufbau sind spezifische, unausgereifte und unspezifische Formen zu unterscheiden. Verff. schlagen vor, für das in der Haut entstandene Lymphogranulom die Bezeichnung autochthon zu wählen und das aus der Umgebung eingedrungene allochthones Lymphogranulom zu nennen. Beschreibung von 8 Fällen von Hautlymphogranulomatose. Bei 3 Fällen wurden im Hautorgan klinisch und histologisch völlig uncharakteristische Veränderungen festgestellt. Bei 4 Fällen bestanden große singuläre, destruierend wachsende Geschwüre oder aus zerfallenden Papeln entstandene Geschwürsbildungen. Einige Abbildungen sind beigegeben.

Über das Eczema scrophulosorum, von H. Fuhs, Derm. Univ.-Kl. Wien. S. 52. Mitteilung von 5 Fällen von Eczema scrophulosorum. Es tritt bei Personen mit Tuberkulose in Familie und Anamnese, mit skrophulösem Habitus und skrophulösen Erscheinungen auf. Einfaches Ekzem und Lichen scrophulosorum kommen oft zusammen vor. Bei den beschriebenen Fällen fand sich das Eczema scrophulosorum hauptsächlich im Bereich der Lieblingsstellen des Lichen scrophulosorum. Die geschilderten Krankheitsbilder imponieren teilweise als einfaches Ekzem. Nach Alttuberkulin konnten bei zwei Fällen Allgemeinerscheinungen und deutliche Herdreaktion im Bereich der ekzematösen und lichenoiden Stellen wahrgenommen werden. Histologisch zeigte sich bei 2 Fällen perifollikulär angeordnete tuberkulide Struktur. Da sich klinisch oft vom Lichen scrophulosorum Abweichungen zeigen, ist die Abtrennung des Eczema scrophulosorum vom Lichen scrophulosorum wünschenswert. Klinisch ist die Unterscheidung von einem gewöhnlichen Ekzem nicht möglich, auch histologisch sind für Eczema scrophulosorum charakteristische Gewebsveränderungen nicht festzustellen. Wo tuberkulide Strukturen gefunden werden, kann es sich um Lichen scrophulosorum-Effloreszenzen handeln. Mannigfache äußere Einflüsse können bei Skrophulösen bei schon bestehendem Lichen scrophulosorum noch Ekzeme hervorrufen. Vielleicht handelt es sich auch um erhöhte Empfindlichkeit für nichtspezifische äußere Reize. Die Bezeichnung „Eczema scrophulosorum" ist weder für ein eigenes Krankheitsbild noch für einen besonderen Ekzemtyp

Digitized by Google

zu verwenden. Der Name wurde seinerzeit von Riehl für die Fälle geprägt, bei denen das Bild des Lichen scrophulosorum durch gleichzeitig bestehende ekzematöse Erscheinungen gegenüber dem von Hebra beschriebenen Bild abweicht. Riehl wollte nur die Aufmerksamkeit auf das besondere klinische Bild lenken.

Über Pemphigus vegetans mit besonderer Berücksichtigung seiner strahlentherapeutischer Beeinflußbarkeit, von H. Fuhs, Derm. Univ.-Kl. Wien. S. 71. Unter 5 Fällen von Pemphigus vegetans wurde einer bei einer 15jähr. Pat. beobachtet. Bei 3 Fällen wurde Röntgen- und Radiumbestrahlung versucht. Durch wiederholte Röntgenbestrahlung konnten die Erscheinungen für längere Zeit zum Verschwinden gebracht oder wesentlich gebessert werden. Zur Verhütung von unangenehmen schmerzhaften Reaktionen wird empfohlen, zuerst kleinere Dosen (2—3 H bei 0,5—1 mm Al.) zu verabreichen und bei fehlender oder geringer Frühreaktion zu größeren, manchmal wirksameren Dosen (6 H bei 2 mm Al.) überzugehen. Schädliche Folgen für die Haut wurden nicht beobachtet. Die bei gewucherten Erscheinungsformen des Pemphigus vegetans angewandte Radiumbestrahlung (wiederholte Dosen von 5—20 Milligrammelementstunden bei 1 mm Messing) hatte ähnliche günstige Wirkung wie die X-Strahlen. Bei Pemphigus foliaceus und Pemphigus vulgaris benignus ließ die X-Strahlenbehandlung keinen besonderen Vorteil gegenüber Bäder- und Salbentherapie erkennen. Beim Pemphigus vulgaris wurde neben innerlicher Arsenverabreichung häufiger von Höhensonnenbestrahlungen (schwache Dosen) gute Rückbildung der Effloreszenzen beobachtet.

Einige Bemerkungen über Acne varioliformis, von L. Kumer, Derm. Univ.-Kl. Wien. S. 87. Beinahe bei allen Pat. mit Acne varioliformis der Kopfhaut, die sich rasieren, findet sich auch Acne varioliformis in der Bartgegend. Von Kumer wurde bei einem 45jähr. Mann und gleichzeitig bei seinen 11- und 12jähr. Söhnen Acne varioliformis beobachtet. Histologisch findet sich bei jungen Effloreszenzen ein um die Gefäße angeordnetes Infiltrat. Manchmal auch Infiltration breiterer Kutispartien. Ebenfalls um die Follikel Rundzelleninfiltrat. Stark erweiterte Gefäße. Die ganze Epidermis und den Papillarkörper durchsetzender Schorf. Innerhalb des Schorfes sind verschiedenartige, besonders kleine, haufenweise zusammenliegende Kokken nachweisbar. Über die Ätiologie der Acne varioliformis sind die Ansichten geteilt. Daß sich die Acne varioliformis bei Männern auch in der Bartgegend findet, kann zur Stütze der infektiösen Ätiologie dienen. Therapeutisch wurde 3—4 Tage lang Wilkinsonsche Salbe angewandt, die Schorfe entfernt und schließlich Ungt. Hebrae gebraucht. Völlige Heilung in 10—20 Tagen. In den von Acne-varioliformis-Effloreszenzen angelegten Kulturen wuchsen von 50 Fällen 46mal Schimmelpilze. Einreibungen von diesen Kulturen auf gesunde und kranke Haut bewirkten keinerlei Veränderungen. Ein ätiologischer Zusammenhang der Schimmelpilze mit Acne varioliformis kommt nicht in Betracht.

Über die Wirkung von Gonokokkenvakzinen bei Gonorrhoe, von A. Pelliccioni, Derm. Univ.-Kl. Göttingen. S. 99. Bestätigung der allgemein bekannten Tatsache, daß alte Vakzine unwirksam ist. Allgemeinreaktion mit hohem Fieberanstieg auf intravenöse Arthigoninjektionen ist nicht für Gonokokken beweisend, ausbleibende Allgemein- und Lokalreaktion schließt das Vorhandensein von Gonokokken nicht aus. Positive Allgemeinreaktion geht nicht immer mit nachweisbarer Lokalreaktion einher. Herdreaktion mit positivem Gonokokkenbefund kann ohne Allgemeinreaktion auftreten.

Über Trichostasis spinulosa, von A. Poschacher, Derm. Univ.-Kl. Wien. S. 107. Trichostasis spinulosa tritt bei beiden Geschlechtern relativ häufig auf, in der Mehrzahl bei Männern. Sie kann über größere Hautpartien verbreitet sein. Bei den meisten Pat. war die Haut lang andauernden oder sich oft wiederholenden äußeren Einwirkungen (Fette, Staub, Ruß, Hitze usw.) ausgesetzt. Mikroskopisch finden sich Bündel gleichgestalteter Kolbenhaare. Die Erkrankung wird als Gewebeschädigung der Haut angesehen. Kausaltherapie besteht in Vermeidung der ursächlichen Schädigungen, symptomatisch Entfernung der Stacheln mit Wachskolophoniummischung.

Über „Mesurol", ein unlösliches Wismutpräparat, von A. Poschacher, Derm. Univ.-Kl. Wien. S. 118. Gute, anderen Bi-Präparaten gleichwertige therapeutische Erfolge mit Mesurol (Bayer), einer 20%igen Emulsion mit Oleum oliv., Bi-Gehalt des Salzes 54—55%. Geringe Nebenwirkungen bei gewöhnlicher Dosierung (jeden dritten Tag 1 ccm), keine Nierenschädigung.

Zur Kenntnis der Plautschen Krankheit, von Aug. Schmitt, Univ.-Kl. f. Haut- u. Geschlkrkh. Göttingen. S. 125. Bei 44 Fällen von Lues aller Stadien wurde im Laufe einer Hg-Salvarsankur oder reiner Salvarsankur Entzündungserscheinungen an der Mundschleimhaut beobachtet, bei denen die von Plaut beschriebenen Spirochäten und

Digitized by Google

fusiformen Bazillen fast in Reinkultur nachgewiesen werden konnten. Die von verschiedenen Autoren beobachtete Einseitigkeit der Plautschen Krankheit wurde nicht gesehen. Bei sehr starkem Fötor kein Überwiegen einer Bakterienart. Besonders auffällig ist das Auftreten der Plautschen Erkrankung sogar nach 8—10 Salvarsaninjektionen. Da das Salvarsan als Heilmittel für die Plautsche Krankheit empfohlen wird, müßte ein Ausbruch derselben während einer Salvarsankur unmöglich sein. Therapeutisch wird Ätzung mit Acid. carbol. liquef. empfohlen. Abheilung nach 2—4 Ätzungen. Als Prädilektionsstellen wurden die Zahnfleischtaschen um die unteren mittleren Schneidezähne, dann die Umgebung der letzten Molaren und die Tonsillen gefunden.

A. Holländer-Hamburg.

Bücherbesprechungen.

Hautkrankheiten, von R. Frühwald. (4. Aufl. J. A. Barth, Leipzig 1925.) Es ist ein ausgezeichnetes Nachschlagebuch für denjenigen, der sich mit der Dermatologie befaßt hat, nicht aber, um gelegentlich ein Rezept abzuschreiben. Das Ganze ist nach einem bestimmten System aufgebaut: der allgemeine Teil bespricht die Anatomie, Physiologie, allgemeine Pathologie und schließlich die Therapie der Hautkrankheiten; der spezielle Teil enthält die Sekretionsstörungen, neuritische Hautkrankheiten, Ernährungsstörungen, Neubildungen, entzündliche Hautkrankheiten, akute und chronische Infektionskrankheiten und parasitäre Hautkrankheiten. Jedes Kapitel bringt das Wichtigste über Klinik, Ätiologie, Histologie, Diagnose und Behandlung. Das kleine Werkchen ist sehr zu empfehlen, ein Wortregister würde den Wert erhöhen.

W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Rezepttaschenbuch für Dermatologen, von C. Bruck. (2. Aufl. Verlag J. Springer, Berlin 1925.) Schon das rasche Erscheinen der 2. Auflage beweist, daß das Büchlein einem dringenden Bedürfnisse der Fachkollegen abgeholfen hat und sich daher schnell einen großen Freundeskreis erwerben konnte. Der 1. Teil der neuen Auflage, der in alphabetischer Reihenfolge die dem Dermatologen nötigen Arzneimittel und Spezialpräparate enthält, ist zeitgemäß vermehrt, und es fanden speziell die zahlreichen neuen Bi-Präparate Aufnahme. Hingegen ist der 2. Teil: „Indikationen" völlig umgearbeitet und bietet in seiner neuen, glücklichen Fassung schlagwortartig alle therapeutischen Möglichkeiten, die bei den einzelnen Krankheiten gegeben sind, so übersichtlich, daß sie mit einem Blick übersehen werden konnten, dem Therapeuten die Entscheidung der Wahl überlassend. Das Büchlein kann für die Praxis bestens empfohlen werden.

F. M. Peter-Hamburg.

Entzündung, Thrombose, Embolie und Metastase, von P. v. Baumgarten. (Geh. 5,50 Rm., geb. 7,— Rm. Verlag J. F. Lehmann, München 1925.) Nachdem zu der neu erwachten Diskussion über die Entzündung die Mehrzahl der jetzt amtierenden führenden Pathologen das Wort ergriffen hat, nimmt nunmehr auch P. v. Baumgarten hierzu Stellung. Es war von vornherein zu erwarten, daß die Darstellung dieses Kardinalproblems der Medizin durch einen Autor, der sich bei der Klärung vieler Partialfragen desselben durch maßgebende Untersuchungen entscheidend mit betätigt hat, und der jetzt am Abschluß seiner Forschertätigkeit gleichsam von hoher Warte aus fremde und eigene Leistungen zu überblicken vermag, sich äußerst reizvoll gestalten würde. Neue Tatsachen und neue Gesichtspunkte kann Verf. begreiflicherweise nicht beibringen. Aber Gruppierung und Darstellung dieser Tatsachen und Gesichtspunkte sind natürlich durchaus persönlich gehalten. Dabei zeichnen sich die Ausführungen v. Baumgartens durch große Frische und Lebendigkeit aus, so daß die Lektüre der Abhandlung sich zu einem Genuß gestaltet. Von Einzelheiten sei nur erwähnt, daß Verf. nicht nur die teleologische Definition der Entzündung ablehnt, sondern auch die Zweckmäßigkeit der entzündlichen Reaktion auf Grund zahlreicher Tatsachen überhaupt bestreitet, ferner daß er die lymphozytären Infiltrate zur Hauptsache von aus der Blutbahn emigrierten Elementen ableitet und ihre Entstehung aus fixen Gewebszellen bestreitet. v. B.s Definition der Entzündung lautet: „Die Entzündung ist zu betrachten als ein durch die Einmischung von gewissen mechanischen, physikalischen, chemischen und mikroparasitären Schädlichkeiten hervorgerufener pathologischer Lebensvorgang der Gewebe, der sich zusammensetzt aus der aus der schädigenden Wirkung resultierenden Alteration der Blutzirkulation und der Gewebsernährung, andererseits aus der Reaktion der in ihrer Vitalität erhalten

Digitized by Google

gebliebenen Gewebszellen auf die ‚reizende' Wirkung der ursächlichen Schädlichkeit." Daß diese Definitian etwa mehr Anhänger erzielen wird als die anderen, ist allerdings kaum zu erwarten. — Auch die Abschnitte über Thrombose, Embolie und Metastase werden jedem allgemein pathologich interessierten Arzt viel Anregung geben. Nicht recht klar geworden ist Ref. allerdings, an was für einen Leserkreis sich diese ohne jedes Vorwort unmittelbar in medias res eintretende Schrift eigentlich wendet. Für den speziell in diesen Fragen — wenn auch nur rezeptiv — stark Interessierten bringt er — besonders in den späteren Abschnitten — doch reichlich viel Elementares. Der Lernende aber wird kaum geneigt sein, zu einem solchen nur einen Abschnitt aus der allgemeinen Pathologie herausgreifendem Werk zu greifen. Fr. Wohlwill-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Verschiedenes.

Studien an eineiigen Zwillingen, von W. Weitz, Med. Polikl. Tübingen. (Zschr. f. kl. Med., 1924, Bd. 101, H. 1 u. 2, S. 115.) Die Arbeit von Weitz steht auf dem Boden der Erbgleichheit eineiiger Zwillinge, die bekanntlich in neuerer Zeit stark umstritten wird. Die Gegner dieser Anschauung betonen, daß bei Eineiern wohl der höchste uns bekannte Grad von Annäherung an eine Identität, aber keine völlige Übereinstimmung der Erbmasse besteht. Die Frage ist für die Beurteilung der Erblichkeit oder Nichterblichkeit eines Merkmals von größter Bedeutung. Weitz hat nun in seiner Arbeit eine große Reihe von einzelnen Organen bzw. Organsystemen untersucht, von welchen uns Dermatologen natürlich in erster Linie die Verhältnisse bei der Haut und deren Anhangsgebilden interessieren. Die Haare fand er in bezug auf Farbe, Ansatz, Länge und Stärke der Behaarung bei eineiigen Zwillingen so übereinstimmend, daß die Merkmale geradezu als Kriterien für die Diagnose auf Eineiigkeit betrachtet werden können. Auch die Hautfarbe der Eineier zeigt sehr große Ähnlichkeit, Pigmentreichtum, Verteilung und Art der Durchblutung entsprechen sich sehr weitgehend. Cutis marmorata war mehrmals bei homologen Zwillingen in gleicher Intensität und Ausdehnung vorhanden. Große Nävi fand W. viermal bei je einem Zwilling, kleine nie an analogen Stellen, wohl zeigen manche Zwillingspaare deren viele, andere wenige. Sommersprossen waren bei 6 Paaren in fast völliger Übereinstimmung vorhanden. Nach des Verf. Ansicht scheint das Vorkommen des einzelnen Nävus von äußeren, wohl entwicklungsmechanischen Einflüssen abhängig zu sein, immerhin spricht aber das gehäufte Vorkommen bei manchen Zwillingen für einen gewissen Einfluß der Erbmasse auf die Nävusgenese. Von sonstigen Hautaffektionen erwähnt W. unter anderem bei je einem Paar Neigung zu Nackenfurunkeln, Komedonenbildung, Psoriasis, Strophulus, starke Seborrhoe der Kopfhaut, überzählige Brustwarzen, die Keratosis pilaris fand er stets bei beiden Partnern und für die Urtikaria nimmt er äußere Faktoren als wichtig an. W. verweist hinsichtlich der Untersuchungen der Haut bei Eineiern und speziell über das Vorkommen von Muttermälern auf Untersuchungen von Siemens; es sei Ref. gestattet, hierzu auf die den Siemensschen Standpunkt bekämpfenden Arbeiten von Meirowsky, Julius Bauer und Ref. selbst hinzuweisen. Von sonstigen Charakteren bzw. Krankheiten interessiert noch allgemein die große Übereinstimmung der psychischen Verhältnisse (z. B. musikalische und mathematische Begabung). W.s Auffassung geht weiter noch dahin, daß Refraktionsanomalien von idio- und paratypischen Einflüssen abhängig sind, daß für die Entstehung der Anginen und Mandelhypertrophien, des endemischen Kropfes und der Hypertension die Erbanlagen eine wesentliche Rolle spielen, daß ferner Haltungsanomalien der Wirbelsäule, X- und O-Beine, Plattfüße und Coxa vara im wesentlichen idiotypisch zu sein scheinen, und daß auch bei der Zahnkaries erbliche Einflüsse von Bedeutung sind. Auch die Form der Zähne scheint nach Verf. fast allein von der Erbmasse, die Zahnstellung im hohen Maße erblich bedingt zu sein. Schließlich sei noch erwähnt, daß Verf. unter eineiigen Zwillingen häufig den einen rechts-, den anderen linkshändig fand; er bemerkt aber hierzu, daß sich auch sonst manche Erscheinungen an den Zwillingen spiegelbildlich verhielten. L. Leven-Elberfeld.

Zur Ätiologie des Turmschädels, nebst Mitteilung einer dermatologischen Methode zur Diagnose der Eineiigkeit bei Zwillingen, von H. W. Siemens, Derm. Kl. München. (Virch. Arch., 1924, Bd. 253, S. 746.) Siemens fand im Verfolg seiner

Digitized by Google

zwillingspathologischen Untersuchungen bei 4 Eineierpaaren den einen Partner mit einem Turmschädel behaftet, den anderen frei, und schließt daraus, die Erbgleichheit der eineiigen Zwillinge voraussetzend, daß es Turmschädelformen gibt, die in entscheidender Weise nichterblich bedingt sind. Es handelt sich in seinen Fällen um angeborene Turmschädel; diese Mißbildung scheint nun bei Zwillingen besonders häufig vorzukommen, und wenn dies durch weitere Beobachtungen bestätigt werden sollte, so wäre in der Zwillingsschwangerschaft einer der für das Entstehen der Turmschädel in Betracht kommenden parakinetischen Faktoren zu erblicken. Aus der nichterblichen Bedingtheit der von S. beschriebenen Schädelmißbildung folgt, daß auch die Schädelmaße in einzelnen Fällen paratypischen Abänderungen unterliegen, und aus diesem Grunde können auch Eineier einander unähnlich sein. Man muß deshalb nach anderen Maßstäben der Ähnlichkeit für die Diagnose auf Eineiigkeit suchen, und Siemens bezeichnet als solche in erster Linie Haar-, Augen-, Hautfarbe und Lagunobehaarung, in zweiter Sommersprossen, Wangenrötung, Kerat. pilaris und Faltenbildung auf der Zunge, in dritter Gesichts-, Ohr-, Handform und Körperbau. Eine auf diese Merkmale gestützte Diagnose ist nach des Verf. Ansicht selbst derjenigen aus dem Eihautbefund überlegen, solange die Entstehung eineiiger und zweieiiger Zwillinge und die bei ihnen möglichen Eihautverhältnisse noch so ungenügend wie bisher bekannt sind. L. Leven-Elberfeld.

Über einen Fall von „eineiigen" Zwillingsschwestern mit ungleicher Augenfarbe, von L. v. Zumbusch-München. (Kl. W., 1925, Nr. 2, S. 71.) Stellungnahme des Verf. zu der Polemik zwischen den Mitgliedern seiner Klinik und Bauer, in der er für die Richtigkeit der Behauptung seiner Schüler eintritt. E. Langer-Berlin.

Anatomie und Physiologie.

Über die elastischen Fasern, von C. Sternberg. (Virch. Arch., 1925, Bd. 254, H. 3, S. 656.) Von 150 Fällen mit anscheinend normaler Haut zeigten 85 bei der histologischen Untersuchung Veränderungen der elastischen Fasern, teilweise auch des Kollagens. Diese histologischen Veränderungen lassen nach Sternberg Zweifel an der bisherigen Auffassung der elastischen Fasern aufkommen. Die elastischen Fasern sind das Stützgerüst für Bindegewebe, Muskeln und Nerven. Auf Grund einer solchen Betrachtungsweise erklärt sich auch z. B. die Vermehrung der elastischen Fasern an mechanisch stark in Anspruch genommenen Stellen der Gefäßbahn besser, ebenso ihr Verhalten bei Aneurysmen, Arteriosklerose und Lungenemphysem. Klumpige und schollige, bei Elastikafärbungen schwarz gefärbte Massen, die bei den oben erwähnten Untersuchungen ebenfalls gefunden wurden, werden mit Wechselbeziehungen zwischen kollagenen und elastischem Gewebe in Zusammenhang gebracht, die morphologisch in Umformungen oder Umprägungen zum Ausdruck kommen können. Bei seniler Hautatrophie und bei der kolloiden Degeneration hat Unna bereits vor vielen Jahren auf Veränderungen des Kollagens und seine Verbindung mit Elazin und Elastin hingewiesen. Kyrle hat in letzter Zeit Unnas Gedankengänge wieder aufgenommen. A. Holländer-Hamburg.

Über die Hautdrüsen mit Lipoidsekretion bei Nagern, von A. Walter-Leningrad. (Zieglers Beitr., 1924, Bd. 73, H. 1, S. 142.) Bei Nagern, die üblichen Laboratoriumstiere — Kaninchen, Meerschweinchen und Ratten — eingeschlossen, findet sich eine Reihe verhältnismäßig großer Drüsen, die ihr Sekret auf die Körperoberfläche ausscheiden. Zu ihnen gehören die Präputial-, Anal-, Harderschen und andere Drüsen, die sich in der Umgebung der natürlichen Öffnungen des Körpers konzentrieren, nach dem Typus zusammengesetzter tubulärer Drüsen aufgebaut und in bezug auf Morphologie und physiologische Bedeutung wenig erforscht sind. Der Reichtum dieser verhältnismäßig großen Drüsen bei Nagern an Lipoidsubstanzen erlaubt die Annahme, daß ihre sekretorische Funktion nicht ohne Einfluß auf den allgemeinen Lipoidumsatz bei den genannten Tieren bleibt. Diese Frage zu lösen, ist es notwendig, die Sekretionserscheinungen an den erwähnten Drüsen zu erforschen und klarzustellen, was sie an Lipoidsubstanzen enthalten und ausscheiden. Von diesem Gesichtspunkte aus hat W. systematisch sowohl die Hardersche als auch alle übrigen genannten Drüsen bei Kaninchen, Meerschweinchen und Ratten untersucht und fand, daß die Verhältnisse äußerst verschieden und mitunter ziemlich kompliziert sind. Die ihrem histologischen Bau nach ähnlichen Drüsen können bei verschiedenen Tieren verschiedene Lipoidsubstanzen in Form von Einschlüssen enthalten. Betreffs der optischen Eigenschaften der Sekreteinschlüsse ergab sich, daß die Ratte vorzugsweise isotrope, das Kaninchen und Meerschweinchen anisotrope Substanzen ausscheidet. Die Zelleinschlüsse vom anisotropen

Digitized by Google

Charakter entsprechen ihren Eigenschaften nach z. B. den anisotropen Einschlüssen in der Nebennierenrinde, und quantitativ enthält die Hardersche Drüse des Kaninchens und Meerschweinchens deren nicht weniger, wenn nicht mehr, und sie stellt eines der an anisotropen Einschlüssen reichsten Organe dar. Bei diesen Lipoiden handelt es sich um morphologisch bestimmbare Mengen anisotroper Cholesterinderivate, so daß man mit voller Berechtigung die genannten Hautdrüsen der Nager als Cholesterin-Sezernierungsorgane ansehen muß. Die Drüsen funktionieren einerseits im lokalen Interesse des Organismus, wie die Harderschen Präputialdrüsen usw., andererseits müssen wir annehmen, daß ihre Funktion nicht ohne Einfluß auf den Gesamtumsatz des Cholesterins im Körper dieser Tiere bleibt, besonders wenn man die großen Dimensionen mancher von ihnen in Betracht zieht. Dies ist um so mehr anzunehmen, weil bei den besprochenen Tieren andere Ausscheidungswege (z. B. die Galle) verhältnismäßig weniger Bedeutung haben als bei den Fleischfressern. Zur Klarstellung dieser Seite der Hautdrüsenfunktion (beim Kaninchen) kündigt Verf. noch weitere Versuche an.

M. Stern-München.

Die insensible Schweißabsonderung, von A. Schwenkenbecher-Marburg. (Kl. W., 1925, Nr. 5, S. 202.) Verf. zieht aus eigenen und seiner Schüler Untersuchungen, des ferneren aus den verschiedensten Berichten in der Literatur den Schluß, daß sich die Schweißsekretion in hervorragendem Maße an der insensiblen Hautwasserabgabe beim Menschen beteiligt, und zwar nicht nur unter pathologischen Verhältnissen, sondern ganz besonders auch beim normalen. Bewiesen ist diese Beobachtung durch Untersuchungen mittels des Kapillarmikroskopes, durch den Nachweis von Kochsalz auf der Haut und in der Wäsche, durch Bestimmung des Chlorgehaltes des Badewassers nach Bädern bei indifferenten Temperaturen, durch den Nachweis der Veränderung der Hautwasserabgabe unter dem Einfluß von Giften, die das parasympathische Nervensystem, insbesondere die Schweißdrüsen, angreifen, wie Pilokarpin und Atropin. Weiterhin konnte die Richtigkeit der Behauptung durch mikroskopische Untersuchungen und elektrische Hautmessungen erwiesen werden. Die Absonderung des Schweißes ist als ein „perpetueller" Vorgang anzusehen, der auch bei körperlicher und psychischer Ruhe des Menschen weiterarbeitet. Die Intensität der Absonderung ist dagegen individuell verschieden. E. Langer-Berlin.

Clinical Value of the Vasomotor Reflexes of the Skin (Klinische Bedeutung der vasomotorischen Hautreflexe), von E. A. Tracy-Boston, Mass. (M. Record, 1925, Bd. 121, Nr. 5, S. 292—295.) Im wesentlichen polemische Auseinandersetzungen gegenüber Angriffen auf eine frühere Arbeit. Die normale Reaktion auf Streichen der Haut: schnell vorübergehende Vasodilatation gefolgt von länger dauernder Vasokonstriktion kann nur bei Einhaltung der vorgeschriebenen Technik und Anwendung eines abgemessenen Reizes richtig beurteilt werden. Die vasomotorischen Reflexe haben eine pathologische Bedeutung, der vasodilatorische, wenn er im Gesicht länger als 14 Sekunden anhält. Abnorme vasomotorische Reflexe in Form von aktiver Diastole und Systole der Kapillaren wurden in Verbindung mit nervöser unregelmäßiger Herztätigkeit beobachtet und zeigen die Kontrolle der Kapillaren durch das vegetative Nervensystem. Adrenalin übt einen vasokonstriktorischen Einfluß auf die Kapillaren aus. E. Levin-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Die 5. Jahresversammlung der British Association of Dermatology and Syphilology findet am 9. und 10. Juli in Manchester unter dem Vorsitz von Dr. G. H. Lancashire statt. Themata: 1. Lupus erythematosus; 2. Beziehung der Syphilis zu anderen Hautkrankheiten.

Prof. Eduard Arning in Hamburg feierte am 9. Juni den 70. Geburtstag.

Geh. Med.-Rat Prof. Carl Posner in Berlin feierte sein 50jähr. Jubiläum als Dr. phil. der Universität Leipzig.

Gestorben: Priv.-Doz. Dr. Walther Patzschke, Oberarzt der dermatologischen Klinik des Eppendorfer Krankenhauses in Hamburg;

Dr. Oliver Lyons, Associate Professor der Urologie in Denver. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 28 (Bd. 81) 11. Juli 1925

Aus der Abteilung für Hautkrankheiten der Graf-Albert-Apponyi-Poliklinik in Budapest (Vorstand: Prof. L. Török).

Über den Einfluß der kongestiven Hyperämie und der Stauung auf die Quaddelbildung.

Von

L. Török und E. Rajka.

In einer der Pathogenese der Hyperämie und des Ödems bei der Urtikaria und der akuten Entzündung der Haut gewidmeten Arbeit[1]) haben wir von den mannigfachen Faktoren, welche bei der Entstehung des entzündlichen bzw. Quaddelödems eine Rolle spielen, in erster Reihe die Steigerung der Permeabilität der Gefäßwand, des weiteren den Blutdruck hervorgehoben, und endlich, unter Hinweis auf die neueren Ergebnisse der Ödemforschung, auch eine Teilnahme des perivaskulären Gewebes an dem Fortbestande des entzündlichen Ödems zugegeben. Von dem Vorhandensein einer gesteigerten Gefäßwandpermeabilität bei der akuten Entzündung hat sich einer von uns (Török) in einer Reihe von Experimenten, über welche er in Gemeinschaft mit Lehner und Kenedy berichtet[2]), von neuem überzeugt. Es ist daher verständlich, wenn wir bei der Deutung einiger Versuchsergebnisse, die wir im folgenden mitzuteilen vorhaben, eher zu solchen Erklärungen neigen, welche mit einer Permeabilitätssteigerung der Gefäßwände bei der Entzündung rechnen.

Lewis und Grant haben schon die Tatsache hervorgehoben, daß durch Wärme erzeugte Kongestion der Quaddelbildung nach Histamineinwirkung oder beim ödematösen Dermographismus entgegenwirkt. Wir haben uns von dieser Wirkung in zahlreichen Versuchen überzeugt, und zwar sowohl bei der Quaddelbildung nach intrakutaner Histamin-, Morphium- oder Atropineinspritzung als beim ödematösen Dermographismus. Wird die Haut durch Eintauchen in Wasser (43—48° C), durch feuchte Umschläge oder vermittels des Fönapparates (45—52° C) erwärmt und hyperämisiert und hierauf eine quaddelerzeugende Wirkung ausgeübt, so wird hierdurch die Entstehung der Quaddeln hinausgeschoben und ihr Umfang nimmt ab.

Versuch 1. Bei einem 18jähr. Mädchen wurde ein umschriebener Bezirk am linken Unterarm vermittels des Fönapparates 5 Minuten lang bei einer Temperatur von 50 bis 52° C erwärmt; die anderen Teile des Unterarmes waren gut abgedeckt. Es entwickelte sich eine scharf begrenzte Hyperämie, an deren Grenze eine Histaminquaddel

[1]) Arch. f. Derm., 1924, Bd. 147, S. 559. — [2]) Experimentelle Untersuchungen über die Durchlässigkeit der Kapillarwände bei der Entzündung. Zschr. f. d. ges. exper. M., 1925, Bd. 45, S. 702.

Digitized by Google

(1‰—0,05 ccm) intrakutan gesetzt wurde. Hierauf entstand eine Quaddel, deren eine Hälfte auf der normalen Haut sich voll entwickelte, die andere Hälfte hingegen, welche auf die Fönhyperämie fiel, viel später entstand (nach 6—8 Minuten statt 1—2 Minuten) und im Umfang zurückblieb (nach 5 Minuten: 5—6 mm statt 11—12 mm). Erst nach 15—20 Minuten waren die Differenzen zwischen den beiden Quaddelhälften ausgeglichen.

Versuch 2. Bei einer 19jähr. Luetikerin wurde 0,05 ccm 1‰ Histamin intrakutan injiziert und die Injektionsquaddel gleich darauf der Wirkung des Fönapparates ausgesetzt (50—53° C — 3 Minuten). Die entzündliche Quaddel entwickelte sich verspätet und hob sich kaum über das Niveau der Haut empor; die geringere Intensität ließ sich auch nach dem Aufhören der Wärmeeinwirkung konstatieren.

Zu bemerken ist, daß nach Anwendung stark urtikariogener bzw. entzündungserregender Substanzen, z. B. 1—2% Morphium oder Senföl, diese Unterschiede weniger auffallend waren; bei sehr mäßiger Intensität der vorhergehenden Kongestion waren sie öfters überhaupt nicht vorhanden.

Gleichwie Lewis und Grant haben auch wir feststellen können, daß diese Wirkung ausbleibt, falls die Wärmeanwendung der quaddelerzeugenden Einwirkung nach einer Pause von ungefähr 2 Minuten nachfolgt.

Lewis und Grant haben in ihren Versuchen gezeigt, daß auch die Temperatur selbst einen gewissen Einfluß auf den Vorgang ausübt, welchen sie deshalb für einen chemischen halten. Unzweifelhaft ist aber, wie auch die genannten Autoren hervorheben, die kongestive Hyperämie mit ein wichtiger Faktor zur Erreichung dieses Effektes. Wärme und Kongestion sind nicht gleichbedeutend, denn Wärme kann auch ohne Hyperämie, z. B. an anämisierten Stellen, eine quaddelvermindernde Wirkung ausüben. Andererseits kann die kongestive Hyperämie auch ohne Mitwirkung der Wärme denselben Effekt hervorbringen. Auch die kongestive Hyperämie, welche durch Scheuern und Reiben der Hautoberfläche oder durch leichte Senföleinpinselung hervorgerufen wird, ist imstande, den gleichen Effekt hervorzubringen.

Versuch 3. In einem Falle von Dermographismus oedematosus bei einer 50jähr. Frau wurde am linken Unterarm ein breiter, langer Strich gezogen, dessen obere Hälfte 5 Minuten lang mit sehr mäßigem Druck (um eine eventuelle Ödembildung durch das Reiben zu vermeiden) gerieben wurde. An der geriebenen Stelle entstand während dieser Zeit bloß Hyperämie (am nicht geriebenen Teil begann das Ödem nach 2 Minuten und war nach 5 Minuten fast völlig entwickelt). Erst 2—3 Minuten nach Aufhören des Reibens fing das Ödem an, an der geriebenen Stelle zu entstehen und wuchs langsam; nach 10 Minuten war zwischen geriebener und nichtgeriebener Stelle kein Unterschied zu sehen.

Versuch 4. Bei einem 18jähr. Mädchen wurde am linken Unterarm eine Stelle mit Senföl öfters betupft[1]), nach 5 Minuten, als sich eine intensive Hyperämie entwickelt hatte, wurde in die Haut 0,05 ccm ½% Morphium intrakutan injiziert. Die Morphiumquaddel bildete sich etwas verspätet (2 Minuten statt 1 Minute an der normalen Haut) und blieb auch im Umfange zurück (9—10 mm statt 13—14 mm). Nach 10 Minuten war die Differenz ausgeglichen.

Wenn eine Morphiumeinstichstelle sofort nach ihrer Entstehung mit Senföl gepinselt wurde, so blieb die sich bildende Quaddel gegenüber der Kontrollquaddel im Umfang (10—11 mm statt 13—14 mm) und an Intensität etwas zurück.

---

[1]) Es handelt sich bei diesen Senföleinreibungen um eine Hyperämie, welche im allgemeinen dem Nachröten, d. h. der nichtentzündlichen Hyperämie der mechanischen und thermischen Einwirkungen, entspricht. An der Stelle dieser Senföleinwirkungen darf daher kein Ödem entstehen, und die Hyperämie muß bald verschwinden. Es ist selbstverständlich, daß die Grenze zwischen entzündlicher und nichtentzündlicher Senfölhyperämie nicht scharf gezogen werden kann.

Digitized by Google

Einen ähnlichen Effekt ruft auch die vorhergehende Stauung hervor. Wir haben diesen Einfluß der vorhergehenden Stauungshyperämie auf die Quaddelbildung Wirz gegenüber in der eingangs angeführten Arbeit geleugnet, uns aber seither von der Richtigkeit seiner Feststellungen überzeugt. Der Einfluß derselben war uns bei der von uns damals bevorzugten Methode (intrakutane Einspritzung von $^1/_{20}$—$^1/_{40}$ ccm höher konzentrierter [1—3%] Morphiumlösungen) entgangen. Seitherige Untersuchungen, welche an unserem Institute auch in anderer Richtung verfolgt wurden, ließen uns zur Verwendung von Lösungen geringerer Konzentration übergehen. Bei Verwendung von 0,1—0,25%iger Morphium- oder 1 : 3000 Histaminlösung ist aber eine Verspätung in der Bildung und ein geringerer Umfang der Quaddeln, welche nach längerer Unterbindung (10—15 Minuten) des Armes durch Injektion knapp vor oder knapp nach Abnahme der Umschnürungsbinde vorgenommen wurden, entschieden wahrzunehmen, so daß unsere diesbezüglichen Beobachtungen eine Rektifikation im Sinne jener von Wirz benötigen. Die Verspätung und die Abnahme des Umfanges ist dagegen auch bei Anwendung geringer konzentrierter Lösungen viel weniger ausgesprochen an Stellen, an welchen die Injektionen knapp vor der Abnahme der Binde vorgenommen wurden, als an jenen, wo sie gleich nach Anlegen derselben ausgeführt wurden und die Stauung längere Zeit unterhalten wurde.

So wie Lewis und Grant haben auch wir in diesem Falle nach genügend langer Unterbindung des Blutstromes (15 Minuten und mehr) verschiedentlich eine vollständige Behinderung der Quaddelbildung nach Abnahme der Binde beobachtet an Stellen, an welchen eine schwach konzentrierte Lösung gleich nach Anlegen der Binde appliziert wurde (siehe Versuch 11). Wurde auf die gestaute Haut auch Wärme appliziert, so war die quaddelvermindernde Wirkung der Stauung noch auffallender.

Versuch 5. Bei einer 30jähr. Frau wurde der linke Unterarm, dessen oberes Drittel vorher mit dem Fönapparat (50—53° C — 3 Min.) behandelt wurde, mit der Stauungsbinde total abgeschnürt und sowohl im oberen Drittel, wo die Wärme gewirkt hatte, als an einer ungewärmten Stelle je 0,05 ccm 1‰ Histamin intrakutan injiziert. An der letzteren entwickelte sich ein breiter, intentiv zyanotischer Fleck, an der erwärmten Stelle ein kleiner Fleck von geringerer Intensität. Nach 5 Minuten wurde der zyanotische Fleck an der nicht erwärmten Stelle 5 Minuten lang mit dem Fönapparat (52—53° C) behandelt; nach Lösung der Stauungsbinde entstand an dieser Stelle die Quaddel nur sehr verspätet und war überhaupt nur an den Rändern des zyanotischen Flecks vorhanden. Die andere Quaddel, welche an der vorher erwärmten Stelle entstanden war, war zwar gegenüber einer Kontrollquaddel ebenfalls schwächer entwickelt, aber doch viel straffer als die zuletzt erwärmte Quaddel.

Der Versuch verlief ähnlich, wenn statt des Fönapparates feuchte Wärme (Umschläge) angewendet wurde.

Vorhergehende Kongestion, durch Erwärmung, Reiben oder Senföl verursacht, des weiteren vorhergehende Stauung haben einen ähnlichen Effekt auf das Quaddelödem, dessen verspätete Bildung und verringerten Umfang sie verursachen.

In bezug auf die Wirkung der Kongestion haben Lewis und Grant der Meinung Ausdruck verliehen, daß diese darauf beruht, daß die im Gewebe befindliche quaddelerregende Substanz durch den gesteigerten Blutstrom aus dem Gewebe hinausgeschwemmt wird. Daß das zum Teile

Digitized by Google

wenigstens geschieht, ist sehr wahrscheinlich, doch scheint uns diese Erklärung mit Rücksicht auf den Umstand, daß die betreffenden Substanzen in das perivaskuläre Gewebe eingelagert werden, nicht ausreichend. Bloß der Teil, welcher durch die Wände der Gefäße in das Gefäßinnere eindringt, kann weggeschwemmt werden, was für die Erklärung des Vorganges vielleicht doch nicht genügt. Neben dieser Annahme ist unserer Meinung auch noch die folgende zulässig: Die kongestive Hyperämie führt der Gefäßwand Substanzen zu, welche sie undurchlässiger machen. So z. B. wissen wir, daß reichliche Oxygenzufuhr die Gefäßwand auf ähnliche Art undurchlässiger macht, wie die Zufuhr von Magnesium- oder Kalksalzen (L. Loeb). Die reichliche Oxygenzufuhr, welche durch die kongestive Hyperämie vermittelt wird, könnte demnach schon eine Ursache für die Erschwerung der Ödembildung bei nachträglicher Applikation der quaddelerzeugenden Substanzen auf die hyperämisierte Haut abgeben. Auch die von Krogh im Blute nachgewiesene hormonale Substanz, welche er für die Aufrechterhaltung des normalen Gefäßtonus verantwortlich macht und welche während der Fluxion in gesteigertem Maße zugeführt wird, könnte in derselben Richtung eine Rolle spielen. Vielleicht sind aber auch noch andere im Blute enthaltene Substanzen im Spiele. Versuche über die Veränderung der Gefäßreaktion der Haut nach wiederholten äußeren Einwirkungen, welche Török in Gemeinschaft mit Lehner und Urban demnächst veröffentlichen werden[1]), haben zu einer ähnlichen Annahme geführt und für dieselbe experimentelle Stützen geliefert.

Der Einfluß der Wärme fände seine Erklärung bei dieser Sachlage darin, daß durch dieselbe die Bindung der betreffenden Blutsubstanzen durch die Endothelien der Kapillaren gefördert wird.

Ist aber die Veränderung der Gefäßwandendothelien unter der Wirkung der quaddelerzeugenden Substanzen schon eingetreten, so hat die nachträgliche Kongestion nicht mehr die Wirkung, die Bildung des Ödems zu erschweren, zum Teile wohl deshalb, weil eine stärkere Durchblutung des betreffenden Gefäßabschnittes infolge der Kompression der Gefäße durch das Quaddelödem behindert ist.

Was nun die Wirkung der Stauung selbst anlangt, so müssen wir hier unterscheiden zwischen den Vorgängen an den Stellen, an welchen die Injektionen im Momente der Abnahme bzw. knapp vor oder knapp nach dem Lösen der Stauungsbinde, und solchen, an welchen sie früh, nach Anlegen der Binde, ausgeführt wurden. Die Verspätung und geringere Entwicklung der Quaddeln an den ersteren ist gewiß zu gutem Teile der Wirkung der nach dem Lösen der Binde eintretenden reaktiven kongestiven Hyperämie zuzuschreiben, deren Blutstrom in die während der Unterbindung durch kein Quaddelödem beengten Kapillaren ohne weiteres einzudringen vermag. Das erklärt die schon von Lewis und Grant mitgeteilte Beobachtung, daß eine Einwirkung, welche 1—2—4 Minuten vor Lösen der Binde stattfindet, eine rascher einsetzende und größere Quaddel zufolge hat als die Einwirkung im Momente des Ablegen der Binde. (Siehe diesbezüglich auch Versuch 10 und 11.) An der ersteren

[1]) In „Krankheitsforschung".

Digitized by Google

Stelle hat sich nämlich ein gewisser Grad von Gefäßwandveränderung bis zu dem Zeitpunkte des Eintrittes der reaktiven Hyperämie nach Abnahme der Binde entwickelt, so daß diese hier weniger wirksam zu sein vermag.

Versuch 6. Bei einem 17jähr. Burschen wurde der rechte Unterarm 15 Minuten hindurch total abgeschnürt. Knapp vor und knapp nach dem Lösen der Stauungsbinde wurde je 0,05 ccm 0,25%ige Morphiumlösung in die Haut des Unterarmes injiziert. Die Quaddeln erschienen erst nach 2—2½ Minuten gegenüber 1 Minute und 20 Sekunden am nicht abgebunden gewesenen Unterarm. Die Quaddeln waren auch während 5—8 Minuten kleiner (7—8 mm statt 10—11 mm) als am Kontrollarm. Nach 10 Minuten war die Differenz ausgeglichen. Der Versuch wurde mit Lösungen von geringerer Konzentration (1/10%ige Morphium und 1:3000 Histamin) bzw. mit der Pirquetmethode wiederholt, wobei die Verspätung noch größer (3 Minuten statt 1½ Minute) und der Umfang der Quaddeln noch geringer war (5—6 mm statt 9—10 nach 6 Minuten).

An Stellen, an welchen die Unterbrechung des arteriellen Blutstromes und die Stauung lange währt, tritt eine an Umfang sehr verminderte Quaddel mit stärkerer Verspätung auf, ja die Bildung der Quaddel kann nach sehr langer Umschnürung des Armes überhaupt unterbleiben (siehe Versuch 10 und 11); die Quaddel kann aber beim Dermographismus oedematosus rascher entstehen als an einer nicht gestauten Kontrollstelle. Wir werden auf diesen Punkt später noch zurückkommen. In den ersteren Fällen ist demnach die Quaddelbildung, trotz der Möglichkeit einer langen Einwirkung der quaddelerzeugenden Substanz, nach Lockern der Binde erschwert oder selbst verhindert. Die Erklärung hierfür kann nach den vorher mitgeteilten Erfahrungen nicht in der Wirkung der reaktiven Hyperämie nach Lockerung der Umschnürung gesucht werden, denn die wegschwemmende Wirkung des reaktiven Blutstromes und die Wirkung der im Blute supponierten permeabilitätsvermindernden Stoffe wäre ja an allen Stellen ungefähr die gleiche. In unserem eingangs angeführten Artikel haben wir diesen Vorgang mit dem Nachlassen der Wirkung der quaddelerzeugenden Substanz zu erklären versucht. Diese Erklärung war naheliegend, weil die verminderte Quaddelbildung erst nach längerer Unterbrechung der Blutströmung (mehr als 5, 10—20 Minuten) ausgesprochen ist und ein Nachlassen der Wirkung um diese Zeit auch an dem nicht unterbundenen Arm bei Anwendung der gleichen Menge und der gleichen Konzentration der quaddelerzeugenden Substanz in unseren Versuchen nachzuweisen war. Die Frage schien sich demnach mit der des Nachlassens der quaddelerzeugenden Wirkung überhaupt, also auch ohne Unterbindung, zu decken. Wir denken auch heute, daß das in gewissem Maße der Fall ist. Die Faktoren, welche dabei im Spiele sind, müssen besonders untersucht werden. Gewisse Erfahrungen deuten darauf hin, daß unter anderem auch der Diffusion der quaddelerzeugenden Substanzen dabei eine gewisse Bedeutung zukommt. Haben wir nämlich von einer Morphiumlösung 1/20 ccm in der Gegend unterhalb der Ellenbogenbeuge intrakutan injiziert, so ließ sich nach 10 Minuten langen Liegenbleiben und endlicher Lösung der Stauungsbinde öfters nachweisen, daß kleine, rundliche, alleinstehende Quaddeln in einiger Entfernung von der Injektionsstelle aufschossen. Gewundene, ödematöse Linien, welche von der Quaddel ausgingen (am unterbundenen Arm entsprechen diesen Linien zyanotische Verzweigungen), lassen sich auch

Digitized by Google

am nicht unterbundenen Arme häufig beobachten. Ohne Zweifel findet demnach eine Diffusion der betreffenden Substanzen gegen die Nachbarschaft statt, welche an der Herabminderung der Quaddel teilhaben kann. Eine vollständig befriedigende Erklärung ist aber damit um so weniger erreicht, als Wärme während der Unterbindung appliziert, die quaddelvermindernde Wirkung der Unterbindung, welche nach Lösen der Binde in die Erscheinung tritt, steigert.

Es ließe sich annehmen, daß die Verspätung und Verminderung der Quaddelbildung nach Lösen einer längeren Unterbindung auf einer Abnahme der Produktion oder auf einem Zerfall von quaddelerregenden Substanzen, welche sich im Gewebe bilden, beruhe. Wäre der Grund des Rückganges der Quaddelbildung nach quaddelerzeugenden Einwirkungen, welche von längerer Unterbindung der Zirkulation gefolgt sind, bloß in einer Abnahme der Produktion der quaddelerregenden Substanzen im Gewebe während der Unterbindung gelegen, so müßten nach Lösen der Umschnürungsbinde, wie lange immer auch die Unterbindung des Armes währte, Quaddeln entstehen. Denn mit dem Aufhören der Umschnürung des Armes hört doch das supponierte Hindernis ihrer Produktion auf, und diese müßte unter dem Einflusse der ins Gewebe injizierten Substanzen von neuem anheben. Desgleichen müßte, falls ausschließlich der Zerfall von quaddelerzeugenden Substanzen des Gewebes die Ursache der Abschwächung der Quaddeln nach Lösen der Binde wäre, in jedem Falle nach Freigabe der Blutströmung eine Quaddel entstehen, da ja die Bildung solcher Substanzen unter dem Einflusse der injizierten Stoffe nach Abnahme der Umschnürungsbinde gewährleistet wäre. Das Ausbleiben der Quaddelbildung in den Versuchen, in welchen die Unterbindung nach stattgehabter Injektion der quaddelerzeugenden Substanz genügend lange Zeit unterhalten wurde, läßt aber nach unserer Meinung die Folgerung zu, daß die Wirkung der injizierten Substanz selbst, gleichviel ob diese mittelbar oder unmittelbar stattfindet, aufgehört hat. Da hierfür die Diffusion derselben in die Nachbarschaft, welche unzweifelhaft stattfindet, nicht als Erklärung genügt, so liegt es nahe, anzunehmen, daß die injizierten Substanzen bei längerer Dauer der Unterbrechung der Blutzirkulation nicht bloß diffundieren, sondern auch zersetzt oder chemisch verändert werden, so daß ihre Wirkung zuerst abgeschwächt wird und endlich vollständig aufhört. Neben anderen Bedingungen, wie vermutlich das rasche Freiwerden der bloß locker an die Kapillarendothelien gebundenen toxischen Substanzen (Jadassohn und Rothe), Verdünntwerden von im perivaskulären Gewebe enthaltenen Substanzen durch den Exsudatstrom (Lewis und Grant), müssen die zuvor erwähnten Vorgänge, nämlich die Diffusion und die Zersetzung bzw. chemische Umwandlung, auch bei dem spontanen Zurückgehen der Quaddeln eine Rolle spielen.

Aber auch mit dieser Annahme ist der Vorgang nicht restlos erklärt. Lewis und Grant machen darauf aufmerksam, daß Histaminquaddeln von ungleicher Größe sind, wenn sie in der Weise angelegt werden, daß an den zwei in gleicher Weise erwähnten Armen, von welchen der eine 8, der andere 4 Minuten lang unterbunden war, 1 Minute vor Abnahme der Binde die gleiche Menge Histamin angewendet wird. Die

Digitized by Google

Quaddeln des Armes, welcher länger unterbunden war, haben einen geringeren Umfang. Ein ähnliches Resultat erhielten auch wir, wie der folgende Versuch zeigt:

Versuch 7. Bei einem 20jähr. Mädchen wurde der rechte Arm total abgebunden und die Binde 15 Minuten liegen gelassen; der linke Arm wurde erst später, nach 10 Minuten, abgebunden und die Stauung 5 Minuten lang aufrecht erhalten. Nachher wurde in jedem Arm je $^1/_{80}$ ccm Morphiumlösung ($^1/_{20}$ %) intrakutan injiziert und die Binde nach 2 Minuten gelöst. Das Quaddelödem begann an der rechten Seite nach 40, an der linken nach 30 Sekunden; nach 3 Minuten sind die Quaddeln an der rechten Seite, wo die Unterbindung länger währte, 7—8 mm, an der linken 8—9 mm; nach 10 Minuten zeigen die Werte rechts 8—8 mm, links 8—10 mm.

Man könnte daran denken, daß an dem länger gestauten Arme eine größere Menge quaddelvermindernder Substanzen des Blutes von den Endothelien gebunden wird. Aber wie eigene Versuche zeigen, hat auch die durch Unterbrechung des Blutstromes nach Hinauspressen des Blutes aus dem Arme hervorgerufene Anämie eine ähnliche, manchmal sogar eine stärkere Wirkung.

Versuch 8. Bei einem 18jähr. Mädchen wurde aus dem rechten Arm das Blut hinausgedrängt und nachher beide Arme bis zur Unterdrückung des Radialispulses abgebunden. Nach 5 Minuten wurde in beide Arme je $^1/_{80}$ ccm 1 : 3000 Histamin intrakutan injiziert; nach weiteren 5 Minuten wurde die Injektion wiederholt und 2 Minuten später die Binde gelöst. (Dauer der Abbindung 12 Minuten.) Während der Abbindung war an der anämisierten Haut keine Zyanose bemerkbar, am gestauten Arm war der zyanotische Fleck an der ersten Injektionsstelle 8—8 mm breit. Nach Lösen der Binde entstand das Quaddelödem am anämisierten Arm etwas verspätet (nach 1 Minute an der zweiten, und $2^1/_2$ Minuten an der ersten Injektionsstelle statt $^1/_2$ und 2 Minuten am gestauten Arm) und blieb anfangs auch an Umfang etwas zurück (nach 5 Minuten 5—5 mm, gespannt an der zweiten, und 7—8 mm, ganz flach an der ersten Injektionsstelle statt 6—7 stark. gespannt und 8—9 mm, mäßig gespannt an der gestauten Seite). Nach 10 Minuten war die Differenz ausgeglichen.

Wurde außerdem je eine Injektionsstelle an beiden Armen mit 46° C warmen Wasser durch 5 Minuten erwärmt, so war die Verspätung und die Quaddelverminderung noch ausgesprochener; das Quaddelödem entstand nach Lösen der Binde (während der Abbindung fehlte auch am gestauten Arm der zyanotische Fleck) am anämisierten Arm nach 5, am gestauten Arm nach 4 Minuten (statt 3 und $3^1/_2$ an den nicht erwärmten Stellen), und nach 8 Minuten war die Quaddel an der erwärmten, anämischen Stelle äußerst schwach entwickelt, an der gestauten Seite war sie 5—6 mm und flach (statt 8—10 an den nicht erwärmten Stellen).

Bevor wir auf andere Erklärungsmöglichkeiten eingehen, wollen wir noch einige weitere Versuche mitteilen:

Versuch 9. Bei einem 19jähr. Mädchen (Urticaria e cimicibus) wurde der rechte Unterarm bis zum Sistieren des Radialispulses abgeschnürt und an 2 Stellen je 0,05 ccm 1‰ Histamin intrakutan injiziert, von welchen die eine sofort mit dem Fönapparat (50° C — 4 Minuten) erwärmt wurde. An letzterer Stelle entwickelte sich nur ein ganz schmaler (1—$1^1/_2$ mm) zyanotischer Saum um die Injektionsquaddel herum (an der Kontrollstelle war der zyanotische Fleck 5—6 mm breit), welcher sich auch nach dem Aufhören der Wärmewirkung 10—15 Minuten hindurch nicht vergrößerte. Nach Lösen der Stauungsbinde entstand an der Kontrollstelle die Quaddel nach $2^1/_2$ Minuten, an der mit dem Fönapparat behandelten Stelle nach 5 Minuten; die letztere nahm an Umfang nur sehr langsam zu, nach 10 Minuten war sie 8—9 mm, während die Kontrollquaddel um diese Zeit 12—13 mm breit war.

Versuch 10. Bei einem 16jähr. Mädchen wurde der rechte Unterarm total abgeschnürt und in jeder fünften Minute $^1/_{80}$ ccm $^1/_{10}$ %ige Morphiumlösung in je eine andere Stelle intrakutan injiziert. Der sich entwickelnde zyanotische Fleck wurde stets nach 5 Minuten gemessen. Dauer der Stauung: 25 Minuten. Der zyanotische Fleck, welcher sich nach 5 Minuten bestehender Stauung entwickelte, war 7—8 mm breit, der nach 10 Minuten bestehender Stauung 5—7 mm, der Fleck, welcher nach 15 Minuten lang

Digitized by Google

während Stauung entstand, war 4—5 mm und der nach 20 Minuten bestehender Stauung ebenfalls 4—5 mm breit. Nach Lösen der Binde begann das Ödem an der letzten Injektionsstelle nach $^1/_2$ Minute, an der vorletzten nach $2^1/_2$ Minuten, an der nächsten nach 3 Minuten und an der ersten Stelle nach 7 Minuten, statt 1 Minute 20 Sekunden an der Kontrollstelle. Die Größen der Quaddeln waren nach 5 Minuten: an der letzten Injektionsstelle 6—7 mm, an der vorletzten 6—8 mm, an der nächsten 6—6 mm, und an der ersten war noch kein Ödem wahrnehmbar, statt 7—8, 7—7, 7—7 und 5—6 mm an den Kontrollstellen.

Versuch 11. In einem anderen Falle, bei einem 18jähr. Mädchen, bei dem der Versuch ganz ähnlich wie bei Versuch 10 ausgeführt wurde, bekamen wir die folgenden Werte: der nach 5 Minuten bestehender Stauung hervorgerufene zyanotische Fleck hatte einen Durchmesser von 7—8 mm, der zyanotische Fleck nach 10 Minuten langer Stauung einen solchen von 7—7 mm, der nach 15 Minuten langer Stauung von 6—7 mm und der nach 20 Minuten währender Stauung von 5—6 mm. Nach Lösen der Binde begann das Ödem an der letzten Injektionsstelle, welche 5 Minuten vorher gesetzt wurde, nach 1 Minute, an der vorletzten Stelle nach 2 Minuten, an der nächsten Stelle nach 4 Minuten, und an der ersten Stelle entstand überhaupt kein Ödem (15 Minuten lang beobachtet). Nach weiteren 5 Minuten waren die Quaddeln an den zwei letzten Injektionsstellen 8—8 und 8—9 mm breit, bei der ersten war gar nichts bemerkbar und an der zweiten Stelle nur eine flache, minimale Erhebung.

Aus diesen Versuchen ist erstens ersichtlich, daß nach Lösen der Stauungsbinde das Quaddelödem um so verspäteter auftritt, je länger die Stauung währte. Auch wenn wir den Einfluß der reaktiven Hyperämie, so wie es Lewis und Grant getan haben, in Abzug bringen, ist diese Wirkung der Stauung nicht von der Hand zu weisen. Daß sie stattfindet, ist auch aus den Ergebnissen (den Versuchen 10 und 11), welche sich auf den zyanotischen Fleck beziehen, ersichtlich, welche bezeugen, daß die nach längerer Dauer der Stauung hervorgerufenen zyanotischen Flecke einen geringeren Umfang erreichen.

Es muß daher angenommen werden, daß sich während der Unterbindung noch andere Einflüsse als die schon erwähnten geltend machen, welche die Kapillarwände in ähnlicher Weise verändern wie die permeabilitätsvermindernden Substanzen des Blutes. Vermutlich handelt es sich dabei, wie auch Lewis und Grant annehmen, ebenfalls um eine chemische Wirkung, denn diese wird, wie aus unseren Versuchen hervorgeht, durch Wärme gesteigert[1]).

Diesen Einfluß der Stauung können wir vergleichsweise nicht hoch veranschlagen. Denn wie der Versuch Fall 12 zeigt, tritt manchmal trotz längerer Stauung keine Verspätung auf, sondern im Gegenteil eine raschere Entwicklung der Quaddel. Das geschieht in Fällen von Dermographismus oedematosus, falls die Latenzzeit der Ödembildung eine größere ist.

Versuch 12. Bei einer 50 Jahre alten Frau, welche seit Jahren mit Urticaria factitia behaftet war, wurde der rechte Arm bis zur Unterdrückung des Radialispulses abgeschnürt und sogleich ein starker Strich gezogen (A), nach 5 Minuten wurde an einer anderen Hautstelle des unterbundenen Armes ein zweiter Strich gezogen (B), und nach weiteren 5 (vom Beginn an 10) Minuten ein dritter (C). Unmittelbar danach wurde die Stauungsbinde gelöst. Die Quaddelbildung begann bei A nach 2, bei B nach 5, bei C nach 8 Minuten, statt 5—6 Minuten an den Kontrollstellen.

---

[1]) Möglicherweise handelt es sich um Spaltungsprodukte jener permeabilitätssteigernden Substanzen, welche sich unter dem Einflusse quaddel-(entzündungs-)erregender Substanzen im Hautgewebe bilden. Wir werden auf diese Frage in weiteren Untersuchungen, welche wir diesem Gegenstande zu widmen beabsichtigen, zurückkommen.

Digitized by Google

Hier war demnach trotz langer Unterbindung keine Verspätung der Quaddelbildung festzustellen. Im Gegenteil, gerade an der Stelle, welche am längsten der Stauung ausgesetzt war, entwickelte sich die Quaddel am raschesten. Auch nach Einspritzung quaddelerzeugender Substanzen zeigt sich die retardierende Wirkung erst nach einer gewissen Dauer der Stauung (über 5—10—20 Minuten) und auch die Maße der Quaddeln nach Lösung der Binde werden durch die Stauung der ersten 5 Minuten nicht wesentlich beeinflußt (siehe die Versuche 10 und 11).

Wie es scheint, genügt die Wirkung der Stauung in der von uns geübten Dauer bloß, um die im Abklingen befindliche Permeabilitätssteigerung in den Kapillaren der Quaddeln zu fördern. Ist die Permeabilitätssteigerung in höherem Maße entwickelt, so ist diese Wirkung äußerst gering. Stellen, an welchen die Permeabilitätssteigerung der Gefäßwände ihre Akme erreicht, bleiben daher (scheinbar) unbeeinflußt, und nach Lösen der Binde entwickelt sich die Quaddel ohne Verspätung oder sogar rascher, weil die Exsudation ohne weitere Vorbereitung sogleich vonstatten gehen kann. Die allmähliche Steigerung der Durchlässigkeit der Kapillarwand hat nämlich schon während der Unterbindung stattgefunden. Erst wenn die Veränderung der Kapillarwände, welche der Permeabilitätssteigerung zugrunde liegt, die Akme überschritten hat, kann die entgegengesetzte Wirkung der Stauung zur Geltung kommen. Trifft es sich nun, wie im obigen Falle (12) von ödematösen Dermographismus, daß die Steigerung der Permeabilität der Kapillarwand bis zu ihrer Akme längere Zeit (in unserem Versuche etwa 10 Minuten) beansprucht, und daß die Freigabe des Blutstromes des unterbundenen Armes gerade um den Zeitpunkt herum stattfindet, in welchem dieser Grad der Permeabilität erreicht wurde, so wird eine Verspätung und nennenswerte Verminderung der Quaddelbildung trotz längerer Unterbindung nicht stattfinden. Hieraus darf wohl geschlossen werden, daß die quaddelvermindernde Wirkung der Stauung so lange nicht zur Geltung kommt, als die Wirkung der quaddelerzeugenden Eingriffe ungeschwächt fortbesteht[1]).

Zusammenfassung.

1. Kongestive Hyperämie, gleichviel ob sie durch Wärme, Reiben, Senföleinpinselung hervorgerufen wird, erschwert bzw. behindert die Entstehung des Quaddelödems, vermutlich weil durch die kongestive Hyperämie den Kapillarendothelien Stoffe zugeführt werden, welche durchlässigkeitsvermindernd wirken. Wahrscheinlich werden überdies

[1]) Diese Feststellungen haben selbstverständlich bloß einen relativen Wert und beziehen sich vorzüglich auf die von uns verwendeten Konzentrationen und Mengen der quaddelerzeugenden Substanzen und auf die Dauer der Unterbindung, welche in unseren Versuchen unterhalten wurde. Änderungen nach beiden Seiten führen vermutlich, je nachdem die Intensität der quaddelerzeugenden Wirkung oder der Stauung gehoben wird, zu dem diesen Einwirkungen entsprechenden Resultat. In dieser Beziehung waren für uns unsere ersten Versuche lehrreich, in welchen uns, wie eingangs erwähnt, bei Anwendung konzentrierter Morphiumlösungen die Verspätung des Quaddeleintrittes und die verminderte Intensität des Quaddelödems nach Injektion knapp vor oder knapp nach Lösen der Binde entgangen war.

Digitized by Google

durch den reichlicher fließenden Blutstrom die quaddelerzeugenden Substanzen weggeschwemmt (LEWIS und GRANT).

2. Die durch vollständige Unterbindung des arteriellen Zuflusses und des venösen Abflusses erzeugte Stauung bzw. die auf dieselbe Weise nach Hinausdrängen des Blutes aus dem Arme erzeugte Anämie haben ebenfalls eine das Quaddelödem verringernde Wirkung. Diese Wirkung ist, soweit ein Einblick in diesen komplexen Vorgang möglich ist, mit Wahrscheinlichkeit zurückzuführen auf die Diffusion der zur Quaddelerzeugung benutzten Substanzen bzw. dieser und der unter ihrem Einflusse im Gewebe entstehenden quaddel- (entzündungs-) erregenden Substanzen (EBBECKE) gegen die Nachbarschaft, des weiteren auf ihrer mit der Dauer der Abschnürung zunehmenden Zersetzung oder chemischen Umwandlung und auf die Wirkung der nach Lösung der Binde eintretenden reaktiven kongestiven Hyperämie. Endlich läßt sich auch vermuten, daß sich in der durch Umschnürung der Extremität gestauten oder anämisierten Haut Substanzen bilden, welche die Durchlässigkeit der Kapillaren vermindern.

Ergebnisse der Syphilisforschung[1]).

Von

Dr. JOSEF SCHUMACHER in Berlin.

Meine Herren! Zu Anfang dieses Jahrhunderts konnte die Syphilisforschung bekanntlich eine ganze Reihe von wichtigen Fortschritten buchen, die sich in rascher Folge aneinander reihten und vornehmlich an die Namen von SCHAUDINN und HOFFMANN, VON WASSERMANN und EHRLICH geknüpft sind. Wenn auch die Erwartungen, die EHRLICH sich von dem Salvarsan versprochen hatte, nicht in vollem Umfange eingetroffen sind, so dürfte doch heute fast ausnahmslos die Überlegenheit des Salvarsans über alle anderen antiluetischen Mittel anerkannt sein. Hatten wir damit eine wichtige Waffe im Kampfe gegen die Syphilis erhalten, und waren damit die Wünsche der Praktiker einigermaßen befriedigt worden, so wäre es aber bereits damals ebenso wichtig gewesen, wenn wir über die weiteren chemischen Reaktionen unterrichtet gewesen wären, die sich zwischen den Spirochäten einerseits und dem Salvarsan andererseits abspielten und denen die Wirkung des Salvarsans zu verdanken ist, ganz zu schweigen von dem großen wissenschaftlichen Interesse, das diese Verhältnisse bieten.

War man damals allgemein der Ansicht, daß man dem Beispiel EHRLICHS folgen und versuchen müsse, auf rein empirischem Wege durch Ausprobieren weiterer zahlreicher Präparate möglicherweise ein solches zu finden, das wesentliche Vorteile gegenüber dem Salvarsan besitzt, so glaubte ich bereits 1914 (solange liegt der Beginn der folgenden Untersuchungen bereits zurück) erkennen zu dürfen, daß es zweckmäßiger wäre, zu versuchen, durch systematische histochemische Forschung die Vorgänge aufzuklären, die sowohl zur Fixierung des Salvarsans an die Körper- und Parasitenzelle führen, als auch jene Prozesse kennenzulernen, die letzten Endes die Abtötung der Erreger zur Folge haben, konnten wir doch auf diese Art möglicherweise einen Einblick in den Wirkungsmechanismus des Salvarsans erhalten, der für die Gewinnung weiterer, vielleicht nicht arsenhaltiger Präparate zur Bekämpfung der Lues von Bedeutung sein konnte. Das Ziel, das mir damals[2]) vorschwebte und

---

[1]) Vortrag gehalten in der Generalversammlung der Berl. Mikrobiol. Gesellschaft am 15. Dezember 1924, Diskussionen zu dem Vortrag siehe Zbl. f. Bakt., Abt. I, Referate 152ö. Sitzungsbericht. — [2]) UNNA, in einer mündlichen Unterredung November 1914 mitgeteilt.

Digitized by Google

durch die folgenden Untersuchungen möglichst erreicht werden sollte, faßte ich bereits vor 7 Jahren[1]) kurz wie folgt zusammen: „Welche chemische Verbindung mit welchen Atomgruppen des Salvarsans muß mit welchen chemischen Stoffen in welchem anatomischen Teil der Zelle stattfinden, daß die spirillozide Wirkung entsteht? Das ist die Hauptfrage. Gelingt es uns, diese Frage einwandfrei zu entscheiden, so werden wir genau wissen, welche chemischen Anforderungen wir an einen Körper stellen müssen, der beispielsweise eine dem Salvarsan analoge Wirkung entfalten soll. Alsdann können wir auf synthetischem Wege weiter derartige Präparate bauen, da wir ja alsdann genaue Kenntnis darüber besitzen, wie ein Chemotherapeutikum gegen Lues mindestens chemisch gebaut sein muß, soll es spirilloxid wirken. Wenn wir bisher auf der Suche nach neuen Heilmitteln hauptsächlich, wie auch PAUL EHRLICH, den empirischen Weg eingeschlagen haben, so ist der andere Weg, auf Grund histochemischer Forschungen über die Wirkung einzelner Körper ins klare zu kommen, wissenschaftlich der exaktere und erfolgversprechendere, wenn auch mühsamere. Wir werden sehen, welche Anforderungen wir in der Tat beispielsweise an einen Körper stellen müssen, soll er als Antisyphilitikum Verwendung finden."

Ferner glaubte ich es nicht verantworten zu dürfen, meine Untersuchungsergebnisse schon früher zu veröffentlichen, ehe die angezogenen Fragen nicht restlos experimentell ohne Zuhilfenahme einer Hypothese zu beantworten waren, wofür ich Ihnen im folgenden den Beweis zu erbringen gedenke. Meine ersten Mitteilungen über die Salvarsanwirkung erfolgten daher auch erst vor 1½ Jahren auf dem Münchener Dermatologen-Kongreß[2]). Stand für mich schon 1916 bereits fest, daß die Spirochaeta pallida ein sauerstoffarmer Mikroorganismus ist, wofür ich ebenfalls heute den Beweis erbringen will, und die Wirkung des Salvarsans in erster Linie auf der sauerstoffraubenden Kraft des Arsens zu beruhen schien und diese Wirkung wahrscheinlich noch gesteigert werden konnte durch ein Mittel, das dem Chemiker als noch sauerstoffbegieriger seit langem bekannt ist, das Vanadium, so war ich leider damals infolge mangelnder Unterstützung durch die Industrie verhindert, diesen Weg zu gehen. Inzwischen haben ja jetzt nach 8 Jahren auch die Empiriker das Vanadium in das Bereich ihrer Untersuchungen gezogen, dessen Wirkung auf die Syphilis inzwischen durch amerikanische Autoren, PRÖSCHER SEIL und STILLIANS, und durch deutsche Forscher, WINKLER und KRÖSL[3]), erkannt worden ist.

Zahlreiche weitere Fragen harrten schon damals, aber auch heute noch ihrer Beantwortung, von denen ich nur einige kurz erwähnen will. Ungemein wichtig war es zu wissen, aus welchen Stoffen sich der Erreger der Syphilis chemisch aufbaut, weshalb das Salvarsan beispielsweise in vitro nicht auf die Spirochäten wirkt, wohl aber in vivo. Die primären Umwandlungsprodukte des Salvarsans in vivo sind uns ebenfalls nicht bekannt, nur einige Vermutungen in dieser Hinsicht stellen unser heutiges Wissen dar. Auch die physikalischen und chemischen Eigenschaften dieser Umwandlungsprodukte sind uns ebenfalls noch nicht bekannt. In welcher Weise treten sie mit der lebenden Pallida in Reaktion? Welche Verbindung muß zwischen welchen Zellinhaltsstoffen der Spirochaeta pallida einerseits und dem Salvarsanumwandlungsprodukt andererseits entstehen, damit die spirillozide Wirkung entsteht, worauf wir oben schon hinwiesen? Worauf beruht endlich die Spirillozidie nach zustande gekommener Verbindung? Die optimalere Wirkung des Salvarsans auf die Syphiliserreger gegenüber derjenigen der anderen von EHRLICH dargestellten Arsenikalien vermochten wir ebenfalls nicht zu erklären. Besitzen die Spirochäten einen Arsenozeptor im Sinne EHRLICHS? Wenn ja, durch welche Stoffe wird er repräsentiert? Besitzen die Spirochäten außerdem einen Aminophenolozeptor, und welche Stoffe repräsentieren diesen? EHRLICH nahm bekanntlich an, daß das Salvarsan durch den sogenannten o-Aminophenolozeptor an die Parasiten primär verankert wird. Dafür schien ihm vor allem die Tatsache zu sprechen, daß das Arsenophenol eine außerordentliche Erhöhung, besonders der spirochätoziden Eigenschaften erfährt, wenn Aminogruppen in o-Stellung zur Hydroxylgruppe treten. Auf Grund seiner weiteren Untersuchungen kommt er zu dem Schluß, daß die Spirochäten einen Arsenozeptor besitzen, der außerdem, wie er nachweisen konnte, nur für dreiwertiges und nicht für fünfwertiges Arsen „eingestellt" sei.

---

[1]) Derm. W., 1917, Bd. 65, S. 776. — [2]) Knappe Zusammenfassung dieses Vortrages im Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 145, S. 364. — [3]) Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 147, S. 394. Dort die übrige Literatur.

Digitized by Google

Damit sind die uns interessierenden Fragestellungen aber noch nicht erschöpft. Wir wollen ferner wissen, warum nur die Präparate mit III-wertigem Arsen so außerordentlich wirksam sind. diejenigen mit V-wertigem Arsen bedeutend schlechter? Warum verlieren die Arsenobenzole ihre Wirksamkeit bei stattfindender Karboxylierung oder Sulfurierung? Wir wissen auch nicht, warum das Salvarsan so schlecht auf bakterielle Infektionen wirkt. Auch klinische Fragen beanspruchen unser ganzes Interesse. Warum gelingt nur selten die Sterilisatio magna completa? Welches der vorhandenen Salvarsanpräparate ist hierzu das geeignetste und warum? Weshalb gelingt die Abortivheilung der Lues nur in einem gewissen Prozentsatz der Fälle und warum gelingt sie nicht mehr von einem gewissen Zeitpunkt ab? Meine Herren! Das sind nur einige der Fragen, deren Beantwortung unser Interesse in Anspruch nimmt, die Zahl verdoppelt sich leicht, wenn wir noch in Betracht ziehen, welches der vorhandenen Salvarsane das am meisten zu empfehlende ist und auch noch die Wirkungsweise des Quecksilbers und des Wismuts sowie die Verhältnisse der gegenseitigen event. entgegengesetzten Beeinflussung von Salvarsan und Metallpräparaten in das Bereich unserer Betrachtungen ziehen.

Sie werden mir wohl zugeben, und das hat ja die Erfahrung der letzten 14 Jahre gezeigt, daß die Klinik allein nicht imstande ist, uns alle diese Fragen befriedigend zu beantworten. Sie vermag dies aus dem Grunde nicht, weil sie stets noch mit zwei Unbekannten operieren muß, die durch den noch unbekannten chemischen Aufbau der Spirochaeta pallida einerseits und die ebenfalls noch unbekannte Umwandlung des Salvarsans in vivo andererseits als gegebene Tatsachen vorhanden sind. Auch die Pharmakologie kann uns keine Aufschlüsse zuteil werden lassen, da auch sie fast stets mit einer Unbekannten in der jetzt üblichen Weise arbeitet, dem chemischen Aufbau der Krankheitserreger. Nur die Histochemie ist imstande, hier klar zu sehen, da sie allein vermag, beide Unbekannte zu eliminieren, welche Beweise ich Ihnen ebenfalls im folgenden zu erbringen hoffe.

Um über die Wirkungsweise des Salvarsans auf die lebenden Spirochäten und Körperzellen ins klare zu kommen, müssen wir zuerst einmal genau wissen, in welcher Weise das Salvarsan mit der toten Zelle in chemische Reaktion tritt, und müssen auch aus didaktischen Gründen auf diese Versuche zuerst zurückkommen. Die Bindung des Salvarsans an die tote Zelle erfolgt in erster Linie durch die Nukleoproteide, weiterhin durch die Lipoproteide des Zellprotoplasmas, was man dadurch nachweisen kann, daß nach Entfernung der Nukleinsäure beispielsweise aus den Nukleoproteiden dort kein Salvarsan mehr gebunden wird, ebenso nicht, wenn man das Gesamtmolekül, beispielsweise an Leukozyten, in Lösung bringt und zur Erkennung des etwa an die Zellen gebundenen Salvarsans diese mit ammoniakalischer Albargin- oder Silbernitratlösung nachbehandelt. Gewissen Ionen der Alkali- und Erdalkalimetalle kommt dabei eine gewisse Bedeutung zu, da sie die Ausfällung der Salvarsanbase beschleunigen. Während man nach Entfernung der Nukleinsäure aus den Nukleoproteiden der Leukozyten beispielsweise kein Salvarsankernbild mehr erhält, die Kerne als helle Lücken erscheinen, binden die Mikroorganismen auch dann noch Salvarsan. Diese haben quasi zwei „Rezeptoren" für das Salvarsan im Sinne EHRLICHs, die einmal durch die in ihnen enthaltene Nukleinsäure, resp. die Nukleoproteide repräsentiert werden, des weiteren durch ihren Lipoproteidgehalt. Aus diesem Grunde fixieren auch die Spirochäten das Salvarsan, sowohl die nukleinsäurefreie Spirochaeta pallida als auch die lipoproteid- und nukleinsäurehaltigen Mundspirochäten.

Während EHRLICH annimmt, daß das Salvarsan durch seine einzelnen haptophoren Gruppen an die Zelle „verankert" wird, zeigt die histochemische Forschung, daß chemisch eine Salzbildung vorliegt und nukleinsaures Salvarsan entsteht. Die starke reduzierende Wirkung des Salvarsans ist an seine reduxophoren Gruppen geknüpft, worunter wir die Gesamtheit der OH- und NH_2-Gruppen verstehen. Wird eine dieser beiden Gruppen vernichtet, beispielsweise durch Diazotierung des Salvarsans, so fällt die hohe sofort in Erscheinung tretende Reduktionskraft des Salvarsans fort, womit bewiesen ist, daß diese hohe Reduktionskraft an die Intaktheit beider Gruppen gebunden ist; die beiden Phenylhydroxyl- und Arsenogruppen aber gerade jetzt ihre hohe Reduktionskraft geltend machen müßten, wenn sie als die Ursache der hohen Reduktionskraft in Betracht kämen. Das ist aber nicht der Fall. Daß der Arsenogruppe aber ebenfalls eine reduzierende Wirkung zukommt, die sich aber erst nach längerer Zeit geltend macht, zeigt ein

Digitized by Google

Versuch mit diazotiertem Salvarsan und ammoniakalischer Silbernitratlösung, die nach 24 Stunden ebenfalls braun wird. Da die Veränderung nur einer der beiden OH- oder NH_2-Gruppen, die auch bei einer Substitution erfolgt[1]) und auch bei einer eventuellen Bindung des Salvarsans an die Zelle vermittels einer dieser Gruppen stattfinden würde, falls nicht eine einfache additionelle Verbindung entsteht, wie das in der Tat der Fall ist, und die außerordentlich hohe Reduktionskraft des Salvarsans auch noch nach seiner Bindung an die Zelle erhalten ist, so erkennen wir daraus, daß weder die OH- noch die NH_2-Gruppen an der Fixierung des Salvarsans an die Zelle beteiligt sein können. Auch ein Arsenozeptor im Sinne EHRLICHS, daß die Arsenogruppen etwa die chemische Reaktion des Salvarsans mit der Zelle vermitteln, existiert nicht. Denn dann dürfte beispielsweise mit nukleinsaurem Natrium in vitro behandeltes Salvarsan nicht ein zweitesmal mit einem weiteren Nukleinsäuremolekül eines Zellkernes zu reagieren vermögen und ein Kernbild geben, was aber der Fall ist.

Auch makrochemische Untersuchungen sprechen in diesem Sinne, insofern sich zeigen läßt, daß man das histochemisch nachgewiesene nukleinsaure Salvarsan auch makrochemisch herzustellen in der Lage ist und dieses noch diazotierbar ist, also eine intakte, nicht gebundene Aminogruppe enthält. Auch DEHRING hat bereits makrochemisch nukleinsaures Salvarsan dargestellt.

Ganz anders liegen die Verhältnisse bei der lebenden Zelle. Hefezellen und andere Mikroorganismen, auch Spirochäten, zeigen dabei ein gleiches Verhalten, wie sich beweisen läßt. Lebende Hefezellen binden kein intaktes Salvarsan, wie man zeigen kann, wenn man solche Zellen mit intakter Salvarsanlösung zusammenbringt und in der Zentrifuge salvarsanfrei wäscht. Die Bindung des Salvarsans durch die lebende Zelle tritt aber sofort ein, wenn man das Salvarsan durch Durchsaugen eines Luftstromes oxydiert.

Das verschiedene biologische Verhalten der Spirochäten und Bakterien gegenüber der Wirkung des Salvarsans mußte seinen Grund in dem verschiedenen Aufbau dieser Mikroorganismen haben. Einmal ließ sich beweisen, daß die Spirochaeta pallida ein sauerstoffarmer Parasit ist, die Bakterien aber durchschnittlich als sehr sauerstoffreich zu gelten haben ebenso wie die Körperzellen. Bei einer gewissen im Blut vorhandenen Konzentration erliegen daher die sauerstoffärmeren Spirochäten bereits zu einer Zeit der sauerstoffraubenden Wirkung des Arsens, wenn die Körperzellen oder gar erst die Bakterien noch lange nicht in gleicher Weise geschädigt sein können. Die Spirochäten werden dabei, chemisch gesprochen: reduziert, biologisch gesprochen: erstickt, ehe die Körperzelle durch das Salvarsan kraft ihres höheren Sauerstoffgehaltes geschädigt worden sein konnte. Wird diese sauerstoffraubende Wirkung des Arsens durch Einführung stark reduzierend wirkender Gruppen in die betreffenden Arsenikalien weiterhin verstärkt, so entstehen Arsenikalien, die therapeutisch noch wirksamer sind, und daher einen besseren therapeutischen Index haben, der beim p-Oxy-m-aminophenylarsinoxyd noch relativ ungünstig, beim Salvarsan dagegen sehr günstig geworden ist. Die Verstärkung der spirilloziden Wirkung, die durch die weiterhin erfolgende sauerstoffraubende Wirkung bei Vorhandensein reduxophorer Gruppen, wie beim Salvarsan beispielsweise, erfolgt, und ihre Abnahme bei substituierter Aminogruppe (jetzt fehlender reduxophoren Gruppen), läßt sich auch an Hand der Tierversuche von EHRLICH und HATA selbst experimentell beweisen.

Die III-wertiges Arsen tragenden Präparate sind gute Therapeutika, da sie erstens basische Körper sind, daher in intensiverer Weise mit den sauren Zellinhaltsbestandteilen in Reaktion zu treten vermögen und zweitens in höherem Grade sauerstoffentziehend zu wirken vermögen als die V-wertigen Präparate, denen diese Eigenschaft kraft ihrer Konstitution abgeht. Dazu kommt noch als allerwichtigstes Moment, worauf wir noch später eingehen werden: die Verschiedenheit ihrer Lipoidlöslichkeit, aus welchem Grunde die Präparate mit III-wertigem Arsen von der lebenden Zelle gebunden werden können, die Präparate mit V-wertigem Arsen dagegen nicht. Soweit habe ich die Ergebnisse meiner Untersuchungen bereits

---

[1]) Beispiel: Das nicht mehr reduzierend wirkende Stovarsol und die wieder auftretende Reduktionskraft nach Entazetylierung bei wiedererscheinender reduxophorer Gruppe.

Digitized by Google

in München vorgetragen[1]). Hatten wir damals auch schon einen gewissen Überblick über die Wirkungsweise des Salvarsans erhalten, so blieb doch weiterhin noch vieles aufzuklären. Denn es war klar, daß das Salvarsan weder seinem Arsengehalt noch seinen reduxophoren Gruppen allein seine optimale Wirkung verdanken konnte, denn dann wäre kein Grund vorhanden gewesen, warum dann das ebenfalls die Arsenogruppe und dieselben reduxophoren Gruppen tragende sulfurierte Salvarsan dystherapeutisch wirkte, ebenso das Isomere des Salvarsans, das 2,2′ Dioxy-4,4′-diaminoarsenobenzol. Es mußte also offenbar noch ein weiteres Moment in Frage kommen, das uns bis dahin noch unbekannt war. Dieses Moment lag im chemischen Aufbau der Spirochäten. Wenn wir ehrlich sind, wissen wir darüber bis hierher eigentlich noch nichts, als daß die Spirochäte sauerstoffärmer als die Körperzelle ist. Auf diesem Punkt stand die Forschung bereits seit mehreren Jahren. Ein Fortschritt konnte auch nicht erzielt werden, da wir jene Körperklasse von Verbindungen noch nicht kannten, die als Hauptbaustein der Spirochäte in Frage kamen, die Lipoproteide (Lipoideiweißverbindungen). Hier konnte man erst weiterkommen, nachdem es gelungen war, die Ursache der GRAMschen Färbung aufzudecken, die bekanntlich auf dem Gehalt der grampositiven Mikroorganismen an grampositiven Lipoproteiden beruht, wie in Göttingen in diesem Jahre gezeigt werden konnte. Sie sehen hier, wie meinen eigenen Forschungen ohne weitere Vertiefung in die histochemischen Prozesse hier ein Hindernis im Wege stand. Bei der weiteren Verfolgung dieser Dinge erinnerte man sich ferner eines schon vor Jahren erhobenen Befundes: des gleichen färberischen Verhaltens von Körper- und Spirochätenzelle einerseits und nukleinsäurehaltiger und künstlich nukleinsäurefrei gemachter Hefezellen andererseits bei der Giemsafärbung. Alles das deutete vielmehr auf einen Lipoproteidgehalt der Spirochaeta pallida hin, und so konnte der bereits veröffentlichte[2]) Beweis dafür erbracht werden, daß die Spirochaeta pallida sich tatsächlich aus einem gramnegativen Lipoproteid aufbaut. In diese Zeit fällt auch die Beobachtung an der nukleinsäurefrei gemachten, aber noch lipoproteidhaltigen Hefezelle, daß die Farbstoffe der Fuchsinreihe, vor allem das Viktoriablau, ein Lipoidfärber kat exochen ist, auf Grund welcher Tatsache man hiermit die Spirochäte besonders gut darstellen kann, was MÜHLPFORDT unabhängig von meinen Untersuchungen auf empirischem Wege ebenfalls gefunden hat. Mit der Erkenntnis der Lipoproteidnatur der Spirochaeta pallida konnte diese Färbung aber noch wesentlich verbessert werden, wenn es nämlich gelang, nicht nur einen Bestandteil des Spirochätenlipoproteids, die Lipoidsäure, mit dem basischen Viktoriablau zu färben, sondern auch die andere Komponente des Lipoproteids, das basische Eiweiß, mit einem sauren blauen Farbstoff zur Darstellung zu bringen, wodurch sich die Wirkung summieren mußte, ganz besonders wenn man hierzu einen noch etwas lipoidlöslichen blauen Farbstoff, das Alkaliblau, nahm. Diese Gedankengänge ermöglichten es, die bereits beschriebene intensive Färbung der Spirochäte zu konstruieren.

Weiterhin war alsdann noch die Erforschung der chemischen Zusammensetzung der Salvarsanumwandlungsprodukte bei der Oxydation ins Auge zu fassen, damit die Erkenntnis der Salvarsanwirkung eine lückenlose wurde. Zu diesem Zweck leiteten wir, wie bereits früher betont, durch eine alkalisierte Altsalvarsanlösung längere Zeit Luft und untersuchten den entstandenen Niederschlag, der, seinen Reaktionen nach zu urteilen, aus der freien Salvarsanbase bestand. Dafür sprach die Löslichkeit in Alkalien, seine Unlöslichkeit in Wasser und sein Verhalten zu einer Lezithinätherlösung, Alkohol, Benzol und Äther. Unabhängig von meinen Untersuchungen hat KRITSCHEWSKY bereits ebenfalls in der allerletzten Zeit festgestellt, wie ich aus dem neuen Handbuch von KOLLE und ZIELER jetzt ersehe, daß der in den Salvarsanlösungen auftretende Niederschlag auf einer hydrolytischen Abspaltung der freien Salvarsanbase beruht. Aber die Zusammenhänge wurden nicht erkannt. Berücksichtigt man ferner, daß die lebende Hefezelle gerade dann am meisten Salvarsan gebunden hatte, wenn die Salvarsanlösung anfing, die Base fallen zu lassen, so waren

---

[1]) S. 1042 oben bis hierher ist eine kurze Zusammenfassung meines Münchener Vortrages: „Worauf beruht die spezifisch spirillozide Wirkung des Salvarsans?" der ausführlich in kurzem im Arch. f. Derm. erscheint. Das Folgende bis Schluß der Arbeit stellt den II. Teil meiner Untersuchungen über die Salvarsanwirkung dar. Beide Teile erscheinen mit den erforderlichen Chromotafeln demnächst als Monographie. — [2]) „Über den chemischen Aufbau der Spir. pallida". Derm. W., 1924, Nr. 46.

Digitized by Google

plötzlich damit die Zusammenhänge klar erkannt. Der Lipoproteidgehalt der Hefe und die eintretende Wasserunlöslichkeit, dafür wahrscheinlich eine entstehende höhere Lipoproteidlöslichkeit der Salvarsanbase, die tatsächlich vorliegt, mußten in irgend einem Zusammenhang stehen. So waren dafür für mich die Anregungen gegeben, diesen Zusammenhängen experimentell nachzugehen. War die kurz zuvor ausgesprochene Vermutung richtig, so mußte lebende Hefe auch frisch aus dem Altsalvarsan durch Natronlauge ausgefällte und gewaschene Salvarsanbase chemisch zu binden vermögen, wie dies in der Tat der Fall ist, was man zeigen kann, wenn man lebende Hefe mit der frisch gefällten und ausgewaschenen Salvarsanbase schüttelt, einige Stunden stehen läßt, auswäscht und mit ammoniakalischer Silbernitratlösung nachbehandelt. Nun war nur eine Frage noch ungelöst: Entsteht bei dieser elektiven Speicherung der Salvarsanbase durch die Lipoproteide der Hefe eine Salzbildung oder liegt die Salvarsanbase nur adsorptiv gebunden vor? Diese Frage war bei dem Salvarsan naturgemäß nicht ohne weiteres zu entscheiden. Dieser Befund war indessen für mich die Veranlassung, die ebenfalls praktisch wasserunlösliche, dafür aber stärker lipoproteidlösliche Viktoriablaubase auf ihr Verhalten zu lebender Hefe, Milzbrandbazillen und Spirochäten zu untersuchen, was ich Ihnen vor 3 Wochen bereits in meinem Vortrag über „Die Darstellung der Bakterienkerne und zur Chemie der Desinfektion“ in dieser Gesellschaft zeigen durfte. Sie entsinnen sich, daß bei dieser Behandlung die erwähnten Mikroorganismen die Base elektiv zu speichern vermögen, sich dabei aber in der Farbe der Viktoriablausalze blau färben und nicht rot, sofern eine einfache Lösung der Viktoriablaubase vorliegen würde. Ebenso verhalten sich diese Mikroorganismen gegenüber der absolut farblosen Neufuchsinbase, wie ich bei dieser Gelegenheit nachtragen will. Sie werden rot in der Farbe der Salze dieser Base, womit der Beweis geführt ist, daß es sich bei der Desinfektion dieser Zellen, die hierdurch eintritt, chemisch um eine Salzbildung handelt. Wir konnten dies ja auch noch auf andere Weise nachweisen, indem wir nicht die Farbbasen, sondern deren Salze verwendeten und in der abzentrifugierten Flüssigkeit Chlor nachweisen konnten, was ebenfalls für das Vorliegen einer Salzbildung spricht, wenn man nur lipoproteidhaltige, von ihrer Nukleinsäure befreite Hefezellen mit Fuchsinlösung behandelte. Aus diesem Grunde muß es auch bei der elektiven Speicherung der Salvarsanbase durch die Lipoproteide der Hefezellen zu einer Salzbildung kommen, andernfalls das gebundene Salvarsan auswaschbar wäre, wie das bei der gleichen Behandlung lebender Hefezellen mit intaktem Salvarsan der Fall ist.

Entsprachen unsere histochemisch erhobenen Befunde den Tatsachen, baute sich die Spirochaeta pallida und die übrigen Spirochäten wirklich aus einem Lipoproteid auf, so mußte sie ebenfalls die Salvarsanbase und die Viktoriablaubase elektiv zu fixieren vermögen und sich bei der Behandlung mit der Viktoriablaubase blau färben. Das trifft in der Tat zu. Sowohl die Mundspirochäten als auch die Rekurrensspirochäten im Rekurrensmäuseblut färben sich im hängenden Tropfen mit der Viktoriablaubase nach längerer Zeit blau. Auch bei den Pallidae erkennt man dies, aber infolge ihrer zarteren Färbung sehr viel schwieriger. Die Bindung der Salvarsanbase an die Spirochäten kann man unter diesen Versuchsbedingungen nicht zeigen, da uns nicht so große Parasitenmengen zur Verfügung stehen, um sie erst der Salvarsanwirkung aussetzen, dann waschen und mit Silbernitratlösung nachbehandeln zu können. Wir können das aber gleich in vivo zeigen, was noch beweisender ist.

Hierdurch vermag man gleichzeitig quasi auf makrochemischem Wege die histochemisch analytisch erhobenen Befunde zu bestätigen. In einigen Wochen werde ich in der Lage sein, Ihnen weitere Beweise dafür zu erbringen, daß die histochemisch analytisch erhobenen Befunde den Tatsachen entsprechen, da es inzwischen gelungen ist, einen weiteren histochemisch aufgefundenen, bisher nicht bekannten Zellinhaltsstoff makrochemisch darzustellen.

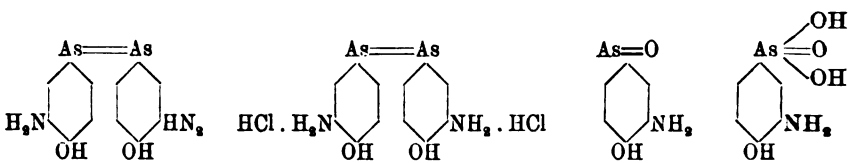
Zunächst darf ich Ihnen aber vielleicht unsere Versuche mit den Umwandlungsprodukten des Salvarsans in vitro und lebender Hefe demonstrieren. Aus diesen Demonstrationen ersehen Sie, daß die lebenden Hefezellen nur sehr wenig intaktes Salvarsan binden, aus welchem Grunde das erste Röhrchen nur schwach hellbraun gefärbt ist. Sie erkennen ferner, daß die weiteren Röhrchen immer dunkler werden, also mehr Salvarsan gebunden haben, je weiter die Oxydation der Salvarsanlösung fortgeschritten ist. In demselben Momente, wo in der Salvarsanlösung ein Niederschlag

Digitized by Google

auftritt, schwärzen sich die Zellen intensiv, haben also die größte Menge Salvarsan gebunden. Umgekehrt kann man beweisen, daß in diesem Momente die Zellen das meiste Salvarsan gebunden haben, insofern die Salvarsanlösung, die man nach ihrer Einwirkung von den Hefezellen abzentrifugiert hatte, sich mit zunehmender Bindung des Salvarsans durch die Zellen mit Silbernitratlösung weniger bräunt. In dem folgenden Bild ersehen Sie, daß der entstehende Niederschlag aus der Salvarsanbase besteht, wie das Verhalten zu Wasser, Alkohol, Äther, Benzol und Lezithinäther zeigt. Das dritte Bild zeigt Ihnen denselben Versuch, aber mit Neosalvarsanlösung. Hierbei wird im Gegensatz zum Altsalvarsan in der Konzentration 1:1000 nur sehr wenig Neosalvarsan nach der Oxydation durch die Zellen gebunden. Um dieselbe Menge Neosalvarsan an die Zelle zu binden wie bei der Altsalvarsanlösung, muß die Konzentration zehnfach erhöht werden. Ähnlich wie beim Altsalvarsan liegen die Verhältnisse bei dem Silbersalvarsan, wie Sie aus der folgenden Abbildung ersehen.

Meine Herren! Sie sehen, daß es bei der Oxydation des Salvarsans nicht, wie man bisher stets vermutete, gleich zur Bildung von p-Oxy-m-aminophenylarsinoxyd kommt, sondern daß zuerst die Salvarsanbase ausfällt und erst späterhin das erwähnte Oxyd entsteht, was man alsdann auch an der braunen schmutzigen Verfärbung erkennt, die die Flüssigkeiten annehmen. Daß diese fortschreitende Oxydation auch relativ langsam erfolgt, erkennen Sie daran, daß der schmutziggelbe Bodensatz bei der weiteren Oxydation recht lange erhalten bleibt und rascher verschwinden müßte, wenn die Umwandlung in das p-Oxy-m-aminophenylarsinoxyd rasch erfolgen würde, das ja bekanntlich sich leicht in Wasser löst.

Wie liegen nun die Dinge in vivo? Als Umwandlungsprodukt des Salvarsans kommen in Betracht:



Salvarsanbase — Salvarsan — p-Oxy-m-aminophenylarsinoxyd — p-Oxy-m-aminophenylarsinsäure

Die p-Oxy-m-aminophenylarsinsäure kommt als wirksames Umwandlungsprodukt des Salvarsans nicht in Frage aus folgenden Gründen. Einmal ist sie durch die Arsanilierung fast lipoidunlöslich geworden, wovon man sich sehr leicht durch Behandlung einer wässerigen Lösung oder derjenigen ihres Natriumsalzes mit Lezithinäther und Nachbehandlung mit ammoniakalischer Silbernitratlösung überzeugen kann; andererseits konnten wir gerade zeigen, daß die Spirochäten nur stärker lipoproteid-[1]) als wasserlösliche Substanzen elektiv aufzunehmen vermögen, was der eben erwähnten physikalischen Eigenschaften der genannten Arsinsäure wegen nicht der Fall sein kann. Ihre Wirkungslosigkeit gegenüber den Parasiten in vitro ist ja längst bekannt. Würde also das Salvarsan erst in vivo wirken nach Umwandlung in die genannte Arsinsäure, so könnte es aus den erörterten Gründen keine klinische Wirkung entfalten. Des weiteren reduzieren die Lösungen der p-Oxy-m-aminophenylarsinsäure in der Kälte sehr schwach und langsam, und wir sehen, daß lebende Hefezellen, mit dieser Substanz behandelt, keine Braunfärbung mit ammoniakalischer

[1]) Lipoproteid- und Lipoidlöslichkeit sind übrigens nicht identisch. So wird die Viktoriablaubase zwar von den Lipoproteiden elektiv gespeichert und bildet mit ihnen das betreffende Farbsalz, Cholestearin dagegen vermag die Viktoriablaubase nicht elektiv zu speichern und bildet mit ihr auch kein Farbsalz, was dadurch bewiesen wird, daß Cholestearinäther die Farbbase in derselben Menge unter roter Farbe löst wie gewöhnlicher Äther. Eine Salzbildung ist ja auch nicht wahrscheinlich, da Cholestearin ein Alkohol ist. Aus diesem Grunde färben sich auch die roten Blutkörperchen nicht blau, wenn man frisches Blut mit der Viktoriablaubase zusammenbringt, sondern nur einzig und allein die Lipoproteide. Daher bläuen sich in einem solchen Versuch nur die Parasiten und das lipoproteidhaltige Protoplasma der weißen Blutkörperchen, nicht aber deren Kerne.

Digitized by Google

Silbernitratlösung geben, sie können also die genannte Arsinsäure nicht gebunden haben. Andererseits besitzen aber die in vivo mit Salvarsan behandelten Spirochäten noch reduzierende Eigenschaften. Diese Gründe schließen eine Umwandlung des Salvarsans zu p-Oxy-m-aminophenylarsinsäure als wirksame Substanz völlig aus.

Aber auch das p-Oxy-m-aminophenylarsinoxyd scheidet als primäres wirksames Umwandlungsprodukt des Salvarsans in vivo aus, entgegen aller bisherigen Ansicht, die ich ebenfalls längere Zeit vertreten zu müssen glaubte. Einmal spricht gegen die primäre Entstehung des p-Oxy-m-aminophenylarsinoxyds und seine Rolle als wirksame Komponente die Tatsache, daß lebende Zellen mit einer 1%igen wässerigen Lösung dieser Substanz behandelt, gewaschen und mit ammoniakalischer Silbernitratlösung nachbehandelt, sich nur schwach bräunen, also nur relativ wenig von der Substanz gebunden haben, was uns jetzt nicht mehr wundert, seitdem wir wissen, daß nur stärker lipoproteid- als wasserlösliche, also praktisch wasserunlösliche Mittel von den Spirochäten elektiv gebunden werden und das erwähnte Oxyd jedenfalls recht leicht in Wasser löslich ist. Da fernerhin lebende Hefezellen (die sich, wie wir nochmals betonen wollen, absolut ebenso verhalten wie lebende Spirochäten) bei ihrer Behandlung mit einer Lösung des p-Oxy-m-aminophenylarsinoxyds in der Konzentration 1:10000 sich gar nicht mehr bräunen, also gar keine Reduktionskraft mehr erkennen lassen, das Salvarsan in vivo aber weit höher verdünnt wird und dennoch eine Reduktionskraft an den Spirochäten zu erkennen ist, so kann das genannte Oxyd als primäres wirksames Umwandlungsprodukt des Salvarsans in vivo nicht in Frage kommen. Dafür kann wegen der erhalten gebliebenen relativ hohen Reduktionskraft der Spirochäten nach ihrer Behandlung mit Salvarsan in vivo nur ein stark reduzierend wirkender Körper in Betracht kommen. Dann kommen aber nur noch das Salvarsan als solches und die Salvarsanbase als wirksame, an die Spirochäten „verankerte" Substanz in Frage.

Gegen die primäre Entstehung des p-Oxy-m-aminophenylarsinoxyds als wirksames Umwandlungsprodukt des Salvarsans sprechen auch klinische Beobachtungen, nämlich die Tatsache, daß das genannte Oxyd ganz erheblich viel giftiger als das Salvarsan ist. Würde also alles Salvarsan vor seiner Verankerung an die Spirochäten in das genannte Oxyd umgewandelt werden, so müßte das Verhältnis der Dosis curativa zur Dosis toxica bei dem genannten Arsenoxyd und dem Salvarsan dasselbe sein, was aber nicht der Fall ist. Das Salvarsan hat einen viel optimaleren Index und ist bedeutend weniger giftig. Das waren die Gründe, warum ich in meiner Stovarsolarbeit bereits die Vermutung aussprach, daß als wirksames Umwandlungsprodukt das p-Oxy-m-aminophenylarsinoxyd sicher nicht allein in Frage kommen könne. Das Salvarsan ist deshalb weniger giftig als das genannte Oxyd, weil bei seiner Umwandlung, wie wir gleich sehen werden, die wasserunlösliche Salvarsanbase entsteht, die zwar mit den lebenswichtigen Bestandteilen der Parasiten reagiert und von ihnen elektiv gebunden wird, aber mit den lebenswichtigen Bestandteilen der Körperzellen, den nukleinsäurehaltigen Kernen, nicht in Reaktion zu treten vermag, wie das die Behandlung der lebenden, stark nukleoproteidhaltigen Hefe mit dem intakten Salvarsan beweist, andererseits das gut wasserlösliche p-Oxy-m-aminophenylarsinoxyd bedeutend schwächer von den Spirochäten gebunden wird, aber immerhin noch in einem solchen Grade, um genügend wirksam zu sein, wie das durch das Experiment bewiesen wird. Andererseits vermag es seiner Wasserlöslichkeit wegen aber als basische Substanz auch mit den sauren Zellkernen chemisch zu reagieren, wodurch sich zwanglos seine höhere Toxizität erklärt.

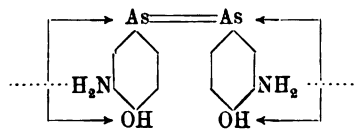
Es bleiben also als wirksame Umwandlungsprodukte des Salvarsans nur dieses selbst übrig oder seine Base. Das Salvarsan als solches, das Dichlorhydrat, scheidet aus, denn die Versuche mit lebenden Zellen und intaktem Salvarsan haben ja gerade gezeigt, daß eine Bindung des intakten Salvarsans durch die lebende Zelle gar nicht in Frage kommt.

Per exclusionem kommt als primär entstehendes, wirksames Umwandlungsprodukt des Salvarsans in vivo also nur die Salvarsanbase in Betracht, da bei der starken Reduktionskraft, die die Spirochäten nach einer Salvarsanbehandlung in vivo noch besitzen, auch nur ein Produkt in Frage kommen kann mit stark reduzierender Wirkung, wie schon betont wurde. Ferner spricht für die Umwandlung des Salvarsans zur Base die Tatsache, daß die Spirochäten gerade nur praktisch wasserunlösliche Substanzen elektiv zu binden vermögen, vor allem aber seine relative Ungiftigkeit gegenüber dem p-Oxy-m-aminophenylarsinoxyd, wofür wir die Gründe bereits erwähnten.

Digitized by Google

In welcher Weise kommt es nun im Körper zur Ausfällung der Salvarsanbase nach intravenöser Injektion ihres Dichlorhydrates, des Salvarsans? Kurz zusammenfassend kann man sagen, daß es die Atmosphärilien[1]) des Blutes sind, die diese Ausfällung bewirken, wenn ich diesen Ausdruck einmal gebrauchen darf. Der Sauerstoff- und Kohlensäuregehalt des Blutes wird sich in derselben Weise geltend machen, wie wir oben bei der Oxydation des Salvarsans durch die Luft beweisen konnten. Ferner hängt die Ausfällung der Salvarsanbase, die übrigens im Blute der dort vorhandenen Verhältnisse wegen in äußerst wirksamer kolloidaler Form erfolgen muß, mit der Gegenwart gewisser Ionen zusammen. Ganz besonders günstig wird es dabei sein, wie Versuche in vitro bereits zeigen[2]), bei denen man die Salvarsanbase aus ihrem Dichlorhydrat durch Kalziumchlorid ausfällen kann, wenn man den Körper unter Kalzium hält. In diesem Falle muß die Ausflockung rascher als im normalen Blut erfolgen, die Wirkung muß eine raschere sein als unter normalen Verhältnissen, und die Giftigkeit muß herabgesetzt werden, da das ganze Salvarsan gleich zur Base umgewandelt wird, wie das in der Tat von klinischer Seite bereits auf empirischem Wege gefunden wurde. Ich erinnere nur an die Befunde von WIESENACK, JACOBSOHN und SKLARZ aus der BUSCHKEschen Klinik. Man wird also wohl gut tun, um die Toxizität des Salvarsans auf die Körperzelle herabzusetzen, wenn man die Salvarsaninjektion nur dann vornimmt, wenn der Körper unter Kalzium steht, oder man eine Injektion eines Kalziumsalzes einer Salvarsaninjektion vorangehen läßt.

Meine Herren! Damit dürften die Verhältnisse der Umwandlung des Salvarsans in vivo und seine Einwirkung auf die Spirochäten geklärt sein. Die im Blute entstehende Salvarsanbase wird also elektiv von den Parasiten unter Salzbildung gebunden, indem zwei Moleküle Lipoidsäure mit einem Molekül Salvarsan in Reaktion treten, wobei spirochätenlipoidsaures Dioxy-diamino-arsenobenzol entsteht. Ich darf diese Verhältnisse vielleicht einmal halbschematisch darstellen.



Die Pfeile bedeuten oben: Sauerstoffentziehung durch das As unter dessen Oxydation und Sprengung des Chromophors As = As, unten: Sauerstoffentziehung der Spirochäten durch die reduxophoren Gruppen. Die Punktlinie auf beiden Seiten soll je ein Molekül Spirochätenlipoidsäure darstellen, die mit der Salvarsanbase ebenso ein additionelles Salz bildet wie auch Nukleinsäure und Salzsäure mit dieser in vitro.

Den EHRLICHschen Arsenozeptor erkennen wir daher als aus dem Lipoproteid der Spirochäten bestehend. Nach der kurz zuvor erwähnten primären Verankerung der Salvarsanbase an die Parasiten setzen sofort die Reduktionsprozesse ein und entziehen der sauerstoffarmen Spirochäte den Sauerstoff, wodurch diese erstickt wird und ihren chemischen Feinden erliegt. Diese Wirkung geht in erster Linie vom Arsen aus, indem dieses zwei Moleküle Sauerstoff der Spirochäte entziehen muß, um sich zu oxydieren, wobei es unter Sprengung des Chromophors As = As in zwei Moleküle p-Oxy-m-aminophenylarsinoxyd sekundär zerfällt. Zur gleichen Zeit aber entziehen auch die reduxophoren Gruppen des Salvarsans Sauerstoff, und eben diese doppelte Reduktionswirkung, die der Salvarsanbase und dem p-Oxy-m-aminophenylarsinoxyd zukommt, gibt diesen beiden Präparaten den optimalsten Index, womit biochemisch der Nachweis geführt ist, daß die Abtötung der Spirochäte auf einer Sauerstoffentziehung beruhen muß. Andererseits lehren die therapeutischen Resultate mit den nicht reduxophore Gruppen tragenden Verbindungen, beispielsweise dem Arsenophenylglyzin, daß die sauerstoff-

[1]) Genauer: Aus dem bei der Zubereitung entstehenden und intravenös injizierten Phenolat wird durch die Kohlensäure des Blutes in dem kolloiden Milieu des Blutserums die Salvarsanbase kolloidal in Freiheit gesetzt, worauf sie von den Lipoproteiden der Spirochäten abgefangen und gebunden wird. — [2]) D. m. W., 1921, S. 1571.

Digitized by Google

raubende Wirkung der Arsengruppe zur Abtötung der Spirochäten bereits ausreicht.

Wir können leider die klinischen Fragen nur kurz streifen und behalten uns vor, in speziellen Arbeiten darauf näher einzugehen. Daß Tabes und Paralyse so schlecht vom Salvarsan beeinflußt werden, hat folgende Gründe. Einmal wissen wir, daß normaliter so gut wie kein Salvarsan ins Gehirn übertritt, woran dieses durch den normalerweise vorhandenen Schutzapparat des Körpers verhindert wird. Diesen bilden die Gefäßendothelien und die Histiozyten sowie die lipoproteidreichen Organe, Leber und Milz, die kraft ihres Lipoproteidgehaltes ihres Protoplasmas einen großen Teil der Salvarsanbase ebenfalls wie die Parasiten binden, wodurch das Salvarsan relativ rasch aus dem Kreislauf verschwindet und keine Zeit hat, den schützenden Wall der Gefäßendothelien zu durchbrechen. Liegt aber eine Erkrankung dieses Schutzapparates vor oder injizieren wir höhere Dosen Salvarsan, als die genannten Elemente von der entstehenden Base zu binden vermögen, so erfolgt auch ein Übertritt des Salvarsans ins Gehirn mit seinen üblen bekannten Folgen. Denn die Lipoproteide des Gehirns vermögen naturgemäß die Salvarsanbase ebenso elektiv zu speichern wie die Parasiten, wenn sie hierzu unter krankhaften Verhältnissen Gelegenheit haben. Das beweist ja allein die Tatsache, daß das Salvarsan über 100mal so giftig ist, wenn wir ihm Gelegenheit geben, durch eine intralumbale Injektion mit den Lipoproteiden des Rückenmarks und des Gehirns in Reaktion zu treten. Wir wissen ja, daß diese Organe sich hauptsächlich ebenfalls aus Lipoiden und Lipoproteiden aufbauen.

Irgend eine Beeinflussung der im Gehirn oder Rückenmark sitzenden Spirochäten ist aus rein chemischen Gründen, die als gegebene Tatsachen vorhanden sind, völlig ausgeschlossen, da jedes Molekül Salvarsanbase sofort von den Lipoproteiden dieser Organe gebunden wird, ehe es überhaupt zu den tiefer gelegenen Spirochätennestern gelangen kann. Daher die hohe Toxizität der intralumbalen Injektion und ihre geringe Wirksamkeit. Die Spirochäten sind im Rückenmark und Gehirn ungefähr in derselben Weise vor dem Eingriff der lipoproteidlöslichen Chemikalien geschützt wie der ebenfalls Lipoide enthaltende Kern der Sporen der Mikroorganismen durch die lipoproteidhaltige Sporenmembran. Im ersten Falle wird das Desinfektionsmittel von den Lipoiden und Lipoproteiden der erwähnten Organe gebunden und kann daher nicht mehr zu den Parasiten gelangen, im letzteren Falle bildet das Lipoproteid der Sporenmembran mit dem Desinfiziens einen schwer für das Desinfektionsmittel weiterhin zu durchdringenden Wall, der chemisch aus einem Salz der betreffenden Lipoidsäure und der betreffenden Base des Desinfektionsmittels besteht. Daß bei dieser Gelegenheit selbstverständlich im Liquor sich befindende Spirochäten und solche, die sich in den oberflächlichsten Schichten dieser Organe befinden, abgetötet werden, darüber dürfte kein Zweifel bestehen. Der parasitoziden Wirkung unterliegen aber nicht die in den erkrankten Organen sitzenden Parasiten. Diese müssen wir auf indirektem Wege über die Körperzellen therapeutisch zu beeinflussen versuchen durch katalytische Beschleunigung der Oxydationsprozesse in vivo, die mit einer raschen Steigerung der Antikörperproduktion einhergehen, wozu wir uns der nachhaltigen Wirkung wegen der unlöslichen Hg-Salze bedienen. Nicht aber wollen wir dies durch Methoden erreichen, bei denen aus einem Syphilitiker noch ein Malariakranker wird, sondern indem wir zu erforschen versuchen, welche chemischen Produkte der Körper produziert, sobald eine syphilitische Infektion erfolgt ist, und die offenbar bei einer Malariainfektion in erhöhtem Maße produziert werden. Hier liegt ein weiteres wichtiges Gebiet für zukünftige histochemische Forschung. Zahlreiche Anhaltspunkte haben wir bereits dafür, in welcher Richtung der Körper hier arbeitet. Bis zur Klarstellung dieser Verhältnisse können wir eine Malariabehandlung höchstens für die Paralyse befürworten. Eine möglichst intensive indirekte Beeinflussung der Krankheitserreger müssen wir zu erreichen versuchen, indem wir die Metallsalzbehandlung als die bis jetzt wirksamste indirekte Beeinflussung der Lueserreger mit einer Lipoidtherapie kombinieren, welchen Weg im Grunde genommen die Empiriker mit ihren Infektionen mit den stark lipoproteidhaltigen Erregern, den Malariaplasmodien und den Rekurrensspirochäten bereits beschritten haben.

Nach den vorstehenden Untersuchungen erkennen Sie auch, daß EHRLICH mit der Schöpfung seines Altsalvarsans bereits das beste Mittel zur Bekämpfung der Lues in der Hand hatte. Das Neosalvarsan ist seiner größeren Wasserlöslichkeit

Digitized by Google

wegen ihm bereits bedeutend unterlegen. Nach unseren Versuchen an der lebenden Hefezelle müßten wir schätzungsweise zehnmal so große Dosen von Neosalvarsan nehmen als von Altsalvarsan, um die gleiche intensive therapeutische Wirkung zu erzielen. Es fehlt ja auch nicht an Stimmen, die das schon des öfteren betonten. Erst kürzlich hat ARNING in Innsbruck die klinische Überlegenheit des Altsalvarsans allen anderen Salvarsanpräparaten gegenüber betont. Die Gründe für diese bessere klinische Wirkung kennen wir ja jetzt, sie sind, wie bereits erwähnt, in der außerordentlich hohen Lipoproteidlöslichkeit der Salvarsanbase zu suchen, gegenüber der viel schlechteren Löslichkeit der Neosalvarsanbase in diesen Medien. Alle übrigen Verbesserungen des Salvarsans können, wenigstens auf Grund unserer Untersuchungen, jedenfalls nicht als solche gelten. Das ALBERTsche Präparat zu untersuchen hatte ich noch keine Gelegenheit. Der Objektivität halber muß aber betont werden, daß EHRLICH sowohl als auch die Hersteller des Neosalvarsans bereits erkannten, daß es offenbar weniger gut wirkt als das Altsalvarsan, wenn sie die Gründe hierfür auch nicht anzugeben vermochten.

Nur auf eine klinische Beobachtung möchte ich heute noch eingehen. Erfahrungsgemäß gelingt die Abortivkur nur bis zu einem gewissen Zeitraum. Nachher versagt sie fast ausnahmslos, wie besonders KOLLE tierexperimentell nachgewiesen hat. Dieser Zeitpunkt fällt meines Erachtens offenbar mit jenem zusammen, bei welchem die Spirochäten ins Gehirn eindringen, wo sie auch durch noch so hohe Salvarsandosen nicht mehr vernichtet werden können. Das beweisen ja auch die Versuche von BUSCHKE und KROO bei Rekurrensspirochäten, die ihre Mäuse zwar sterilisieren konnten, die Gehirne aber stets noch infektionstüchtig befunden hatten. Also rasche Behandlung mit nicht zu kleinen Altsalvarsandosen ist auf Grund der histochemischen Forschung die Methode der Wahl. Starke Schläge, keine Nadelstiche, worauf ich schon vor mehreren Jahren hingewiesen habe.

Bei erfolgter frischer luetischer Infektion hat daher nach unseren Untersuchungen eine Salvarsanbehandlung einer Hg-Behandlung voranzugehen, um möglichst mit einem Schlage alle erreichbaren Parasiten auf direktem Wege durch die Salvarsanbase abzutöten. Sofern dies erfolgt ist, oder in späteren Infektionsstadien durch diese Behandlung nicht mehr alle Erreger vernichtet werden können, muß diese Vernichtung auf indirektem Wege über die Körperzelle angestrebt werden, durch erhöhte Produktion der Antikörper auf katalytischem Wege, worauf wir bereits weiter oben hinwiesen. Hierfür dürfte nach wie vor das Quecksilber das Mittel der Wahl sein, wenn wir auch dem Wismut eine gewisse Wirkung für diese Zwecke zuerkennen müssen. Die bessere Verträglichkeit des Salvarsans bei Hg-Vorbehandlung beruht darauf, daß es nach einer Hg-Injektion stets zu einer gewissen Leukozytose als Abwehrmaßnahme des Körpers gegen die Hg-Ionen kommt und bei einer nachfolgenden Salvarsaninjektion dann nur ein kleinerer Teil des Salvarsans zur Wirkung kommen kann, da die Lipoproteide der Leukozyten, die dann einen nicht unbeträchtlichen Faktor darstellen, einen großen Teil der entstehenden Salvarsanbase chemisch zu binden und der Wirkung auf Zellen und Parasiten zu entziehen vermögen.

Welche Anforderungen bezüglich des chemischen Aufbaues müssen wir bis jetzt an ein chemotherapeutisch wirkendes Antisyphilitikum stellen?

Wir wissen jetzt, daß wir auf zwei Wegen die Syphilis therapeutisch beeinflussen können, einmal indem wir die Erreger auf indirektem Wege via Körperzelle zu schädigen versuchen, oder indem wir sie direkt mit einem spirillozid wirkenden Mittel, einem Chemotherapeutikum im echten Sinne des Wortes angreifen. Im ersteren Falle wählen wir Metallsalze, von denen wir jetzt wissen, daß sie dadurch wirken, daß sie auf katalytischem Wege die Oxydationsprozesse, damit den Ablauf der Zelltätigkeit und damit auch die Produktion der Antikörper beschleunigen. Im zweiten Falle wollen wir dagegen möglichst mit einem Schlage, was leider praktisch sich als nicht immer möglich erwies, die Erreger so rasch als möglich vernichten. Hierzu bedienen wir uns in erster Linie des Salvarsans. Nachdem wir seine Wirkungsweise soeben kennen gelernt haben, sind wir jetzt imstande, genau zu präzisieren, wie ein antiluetisch wirkendes Chemotherapeutikum gebaut sein muß. Es muß bis jetzt, soweit unsere Kenntnisse reichen, zumindest folgenden Anforderungen genügen:

Digitized by Google

1. Das Mittel muß imstande sein, mit der lebenden Spirochätenzelle in Reaktion treten zu können, mindestens muß aber sein Umwandlungsprodukt in vivo dazu befähigt sein.

2. Das Mittel muß sauerstoffraubende Eigenschaften besitzen, auf den Ablauf oxydativer Synthesen also hemmend einzuwirken vermögen, um dadurch die natürlich vorhandenen Unterschiede im chemischen Aufbau der Körper- und Spirochätenzelle nach Möglichkeit therapeutisch ausnützen zu können. Es muß also gerade eine entgegengesetzte Wirkung entfalten wie die indirekt wirkenden Metallsalze.

3. Sofern seine Wirkung auf der Sauerstoffentziehung beruht, besitzt es zweckmäßig hochgradig reduzierende Eigenschaften, durch die die oben genannte Wirkung verstärkt wird. Da die Sauerstoffentziehung, die die Arsenogruppe bei ihrer eintretenden Oxydation bewirkt, erfahrungsgemäß bereits zur Abtötung der Pallida ausreicht, sind starke reduzierende Eigenschaften eines Arsenpräparates keine conditio sine qua non.

4. Das Mittel muß möglichst ein Körper vorwiegend basischer Natur sein, darf also mehr oder minder stark saure Gruppen (karboxylierte, sulfurierte oder arsanilierte Körper) nicht enthalten, weil solche Präparate erfahrungsgemäß eine geringere Affinität zu der Spirochätenzelle besitzen als erstere. Aus diesem Grunde fand EHRLICH die III-wertigen Arsenpräparate therapeutisch wirksamer als die V-wertigen.

5. Das Mittel oder sein Umwandlungsprodukt in vivo muß stärker lipoproteidals wasserlöslich sein, um elektiv von den Spirochäten gebunden werden zu können. Durch diese Bedingung wird einmal infolge der schweren Wasserlöslichkeit die Toxizität des Präparates für den Wirtsorganismus herabgesetzt. Außerdem wird alsdann durch die elektive Bindung des Präparates durch die Spirochäten dessen Giftwirkung fast ausschließlich in die Parasiten verlegt. Nur dadurch wird ein genügender Abstand der Dosis curativa von der Dosis toxica geschaffen, wodurch das Präparat einen günstigen therapeutischen Index erhält.

6. Das Mittel muß als solches, oder besser noch seine Umwandlungsprodukte in vivo eine hohe chemische Verwandtschaft zu den Parasiten besitzen und keine zu den Körperzellen.

Jedes direkt auf die Pallida wirkende Mittel, also jedes Chemotherapeutikum sensu striktiori, auch wenn seine spezifische Wirkung auf einem anderen Prinzip als dem der Sauerstoffentziehung in zukünftigen Fällen beruhen sollte, muß Forderung 5 erfüllen, da ein optimaler therapeutischer Index sonst nicht denkbar ist aus den unter 5. erörterten Gründen. Betrachten wir daraufhin die Eigenschaften des Salvarsans, so sehen wir, daß es EHRLICH meisterhaft gebaut hat. Es erfüllt alle Anforderungen, die wir bis jetzt an ein Chemotherapeutikum gegen Lues stellen müssen, bis auf Punkt 6. Dieser Forderung kann kein Präparat gerecht werden, da diese Verhältnisse durch den chemischen Aufbau der Körper- und Parasitenzelle, mit dem wir als gegebener Tatsache zu rechnen haben, festgelegt sind. Wir wollen uns auch keiner Illusion hingeben, indem wir erwarten, daß etwa andere Chemotherapeutika als das Salvarsan in der Lage wären, mit einem Schlage die Parasiten in späteren Infektionsstadien endgültig zu vernichten. Diesen oben genannten Anforderungen muß aber ein modernes Chemotherapeutikum gegen Lues mindestens genügen.

Sie sehen auch, warum es mir bereits vor 1½ Jahren möglich war, vorauszusagen, daß das Wismut als Chemotherapeutikum sensu striktiori gegen Lues nicht in Frage kommen konnte. Keines der bisher verwendeten Wismutsalze, von dem allerneuesten GIEMSAschen Triphenylwismut vielleicht abgesehen, genügt diesen Anforderungen. Bei dem GIEMSAschen Präparat steht ebenfalls noch nicht fest, ob die Wirkung auf das Wismut zurückzuführen ist und nicht auf das lipoidlösliche Gesamtmolekül, was der Fall sein dürfte, da das Wismut in ihm außerordentlich fest chemisch gebunden ist, also wenig aktiv sein kann. Ich darf hier bei dieser Gelegenheit vielleicht feststellen, daß meine damaligen Bemerkungen auch durch den Tierversuch inzwischen von KOLLE bewiesen wurden, indem er all das findet, was wir damals[1]) auf Grund unserer histochemischen Kenntnisse über das Wismut vorhersagen zu können glaubten, wie aus einer seiner letzten Arbeiten[2]) hervorgeht. Wenn Sie wüßten, welche Kosten die experimentelle Durchprüfung eines einzigen Wismutpräparates

[1]) M. Kl., 1923, S. 998. — [2]) Chemotherapeutische Studien über Wismut. M. Kl., 1924, Nr. 32.

Digitized by Google

erfordert, und sehen, daß in Frankfurt 2400 Wismutpräparate durchgeprüft wurden, wie Herr KOLLE am 2. d. M. in seinem Frankfurter Vortrag erwähnte, so würden Sie erschrecken über die hohe Summe, die bei 2400facher Multiplikation herauskommt und die solche empirischen Versuche sehr oft wie hier nutzlos verschlingen.

Nach den obigen Ausführungen müssen alle III-wertiges Arsen enthaltenden Präparate, die diesen Anforderungen genügen, daher brauchbare Antiluetika sein. Ebenso dürfen wir von den geringerwertigen Antimonpräparaten aus denselben Gründen wie beim Arsen eine gewisse spirillozide Wirkung erwarten, was die Praxis längst bewiesen hat. Auch Vanadiumsalze, die diesen Anforderungen genügen, werden in das Bereich unserer therapeutischen Betrachtungen zu ziehen sein. Weitere derartige Körper mit der gewünschten therapeutischen Wirkung auf die Spirochäten werden wir in der Chininreihe und bei den Farbstoffen zu suchen haben, sofern wir sie vorher chemisch derart umgestaltet haben, daß sie obigen Anforderungen genügen, um nur einige Beispiele zu nennen. Ihre definitive Brauchbarkeit kann selbstverständlich erst das Tierexperiment beweisen. Nicht vergessen wollen wir dabei, daß wir bis jetzt nur zwei Unterschiede im chemischen Aufbau der Spirochäten- und Körperzelle kennengelernt haben, die sich therapeutisch ausnutzen lassen: der verschieden hohe Sauerstoffgehalt und die Abwesenheit von Nukleinsäure in der Pallida, wozu als dritter Unterschied jetzt noch der Lipoproteidgehalt kommt. Gelingt es uns, in diese histochemischen Fragen weiter einzudringen und weitere Unterschiede im chemischen Aufbau aufzudecken, so ist es nicht ausgeschlossen, daß wir auch auf andere Körper stoßen werden, die ihre gute Brauchbarkeit anderen Unterschieden im chemischen Aufbau der beiden Zellarten verdanken und dementsprechend auch anderen Anforderungen wie den oben gestellten genügen müssen. Diese Gedankengänge müssen uns auch bei der chemotherapeutischen Bekämpfung anderer Infektionskrankheiten als Richtschnur dienen, wollen wir aus der reinen Empirie heraus, in der sich die Chemotherapie auch heute noch befindet. Die histochemische Erforschung der Unterschiede im chemischen Aufbau der Körperzelle einerseits und der zu bekämpfenden Parasitenzelle andererseits muß möglichst abgeschlossen sein, bevor das Tierexperiment beginnt. Histochemie und Chemotherapie müssen Hand in Hand arbeiten! Corpora non agunt, nisi fixata. Diesen alten EHRLICHschen Satz glaube ich Ihnen heute erneut bewiesen zu haben.

Versammlungen.

Wiener Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 12. Februar 1925.

Vorsitzender: E. Spitzer. Schriftführer: Gruß.

Wolf: **Onycholysis partialis.** Am 1., 3., 4., 5. Finger der rechten Hand, am 3. und 4. Finger der linken Hand fast halbmondförmige Abhebung des Nagels vom Nagelbette, die bis zur Nagelmitte reicht. Die Nagelplatte ist von glatter Oberfläche. Die Affektion ist nach dem Waschen der Wäsche aufgetreten, wozu Pat. Terpentinseife und Soda verwendet.

Aussprache: Oppenheim betont das klassische Bild des demonstrierten Falles und erklärt neuerdings den Mechanismus des Entstehens der Affektion.

Nobl: **Cylindroma epitheliale pendulum.** 40jähr. Frau. Beginn der Affektion am oberen Augenlid; das jetzt kirschkerngroße gestielte Gebilde imponiert als Fibrom. Histologisch: In der Kutistiefe liegende, zylindrisch geformte Epithelzellenverbände, die vielfach erweichte, homogenisierte Massen umschichten. Die eigentliche Hautdecke unverändert. Das Neoplasma läßt sich in den Stiel hinein nicht verfolgen. Besonders deutlich tritt die hyalin-schleimige Degeneration des Stromas in die Erscheinung. Zu unterscheiden sind diese Geschwülste von Zylindromen, die sich in Angiosarkomen und in Mischgeschwülsten der Parotis finden. Morphologische Ähnlichkeit weisen auch die sogenannten Tumoren der Glandula coccygia auf.

Oppenheim: **Eigentümliches Ulkus des Nasenrückens.** Über dem Nasenrücken einer 40jähr. Frau ein scharf begrenztes, hellergroßes, von unterminierten, zugeschärften Rändern begrenztes rundes Ulkus, dessen grobhöckerige Basis leicht fibrinös belegt ist.

Digitized by Google

Die Konsistenz ist weich. Die uncharakteristische Affektion dürfte einem perforierten und vernachlässigten Furunkel entsprechen.

Aussprache: Ullmann konstatiert eine gewisse Ähnlichkeit mit der Folliculitis exulcerans nasi von Lukasiewicz.

Oppenheim: **Pemphigus mit Leukoplakie der Mundschleimhaut, Nagelveränderungen und Hautatrophie.** 31jähr. kräftiger Pat. Über Stamm und Extremitäten ausgebreitet ein Krankheitsbild der Pemphigusgruppe mit erythematösen Flecken, Ringen und Bogen, kleinen Papeln, Blasen und Pigmentflecken offenbar, als Rezidiven abgelaufener Erscheinungen Nikolsky an normalen und besonders an erythematösen Partien. Mäßiger Juckreiz. Gleichzeitig bestehen Keratoma subunguale, Onychogryphosis, Furchenbildung und Brüchigkeit der Nägel sowie eine geringe Leukoplakie der Zunge und Wangenschleimhaut und schließlich eine deutliche Atrophia cutis idiopathica, besonders über den Nates und am Rücken. Haut der Palmae so verdünnt, daß die Papillarlinien verlorengegangen sind.

Aussprache: Kren: Es ist uns allen bekannt, daß das Wort Pemphigus ein Sammelname ist; denn gewiß sind alle diejenigen Fälle, die wir so bezeichnen, nicht identische Krankheitsbilder. Bis jetzt kann man nur wenige scharf umschriebene Krankheitsformen aus diesem Sammelbegriff herausheben und sollte sich bei allen anderen noch nicht ablösbaren Formen mit der Diagnose einer blasenbildenden Dermatose begnügen.

Ullmann: Die dystrophischen Erscheinungen entsprechen weder dem Typus Dermatitis herpetiformis noch dem des Pemphigus vulgaris. Auch in den amerikanischen Berichten Bowen, G. H. Fox, selbst in den von Duhring und Hallopeau, und im Schema von Brocq finden sich Übergänge und Zwischenformen.

Schlußwort: Oppenheim: Ob es sich hier um eine Derm. herpetif. oder um einen Pemphigus vularis chronicus handelt, ist ein unfruchtbarer Streit. Weit wichtiger erscheint das Zusammentreffen der Mundschleimhauterkrankungen und der dystrophischen Veränderungen mit dem zur Pemphigusgruppe gehörigen Krankheitsbilde.

Perutz: **Cutis marmorata pigmentosa.** 28jähr. Kranke. Befallen sind das rechte Hand- und Kniegelenk. Der Kranke ist seit einem Jahr als Schweißer beschäftigt.

Volk: **Lichen ruber planus.** Starke Beteiligung der Wangen- und Lippenschleimhaut sowie der seitlichen Zungenränder. Rasche Rückbildung auf intensive As-Behandlung.

Volk: **Ulcera tuberculosa oris.** 17jähr. Bursche mit tuberkulösem Geschwür der Oberlippe, lupösen, teilweise exulzerierten Affektionen des Zahnfleisches, der Zungenspitze und spezifischen, papillären Effloreszenzen am Zungenrücken. Prognose in diesen Fällen trotz scheinbar guten Allgemeinzustandes vorsichtig zu stellen, da nicht so selten plötzlich ein Umschlag und rasches Fortschreiten mit deletärem Ausgang erfolgt.

Volk: **Lymphomata gummosa.** Lymphome am Hals und skrophulodermartige exulzerierte Gummen an der linken Wange. Wurde als Skrophuloderma der Anstalt zugeschickt. Positive WR und Effekt der Therapie bestätigen die Diagnose Lues.

Lipschütz: **Erythema migrans chronicum.** 6jähr. Mädchen. Ausgangspunkt des Erythems in der rechten Kniekehle, heute noch als linsengroße, dunkle Pigmentierung zu sehen, die einem Insektenstiche entspricht. Der periphere, blaßrote Erythemsaum war vor 2 Monaten 4 Querfinger oberhalb der Patella lokalisiert und zeigt langsames, aber kontinuierliches Wandern. L. erwähnt den von Darier beschriebenen Erythemtypus (Erythème papulo-circiné migrateur et chronique) und erörtert die Differentialdiagnose gegenüber dem Erythema chronicum migrans. Die Kranke ist der dritte der von L. in Wien beobachteten Fälle dieser eigenartigen Erythemform.

Königstein: **Fall zur Diagnose.** Bei einem 54jähr. Mann besteht auf der linken Stirnseite eine handtellergroße, das Niveau der Umgebung kaum überragende Plaque, die auch auf das obere und untere Augenlid übergreift. Die glatte Oberfläche ist gleichmäßig graubraun gefärbt, mäßig schuppend, die Begrenzung ist polizyklisch, im Zentrum geringe Narbenbildung. Ohne histologische Untersuchung Diff. dgn. zwischen entzündlicher Granulationsgeschwulst und Tumor nicht mit Sicherheit zu stellen. Epitheliom wahrscheinlich.

Königstein: **Tuberkulide.** Auf der Außenseite der oberen Extremität zahlreiche typische Effloreszenzen, die gelegentlich Gruppierung aufweisen. Stellenweise Ähnlichkeit mit Lichen ruber planus. Histologisch: Tuberkuloider Aufbau.

Reines: **Orchitis und Teudovaginitis gummosa.** 21jähr. hereditär-luetischer Mann.

Arzt: **Syphilis tubero-ulcerosa.** 25jähr. Schlossergehilfe. 1923 luetische Infektion. Derzeit der linke Zeigefinger auf das Doppelte vergrößert, gerötet und entzündet.

Digitized by Google

An der Unterseite 2 Ulzerationen. In denselben sowie in den Kubitaldrüsen positiver Spirochätenbefund.

E. Spitzer hat den Pat. vor 2 Jahren wegen Initialaffekt behandelt. Vor 2 Monaten verletzte sich der Pat. und wurde Wochen hindurch von einem Sanitätsgehilfen mit Jodoform traktiert, worauf eine Dermatitis entstand. Syphilis und Reizung.

Arzt: **Paget disease.** 62jähr. Frau, seit 3 Jahren krank. Fast handtellergroße, um die linke Mamilla angeordnete, teils epithelisierte gerötete Scheibe. Im Parenchym der Mamma ein wallnußgroßer Knoten. Histologisch: Pagetzellen, Epithelzellen mit Atypie der Kerne und Polychromasie, zu Nestern angeordnet.

Fuhs: **Atypische Psoriasis vulgaris palmaris et plantaris.** Der 14jähr. Knabe zeigt neben typischen Scheiben an den Unterschenkeln scharf begrenzte, rotumränderte, inselförige Herde an Handtellern und Fußsohlen. Diese sind von mächtigen Hornmassen bedeckt, die vielfach von Furchen durchzogen werden. Kren-Wien.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Journal d'Urologie.

1925, Bd. 19, Nr. 2.

Consideration sur un cas d'uronéphrose (Betrachtungen über einen Fall von Urolithiasis calculosa), von S. Rolando. S. 97. Bei einseitiger Steinniere sind auch die Funktionswerte der gesunden Seite denen der kranken angenähert; als ätiologisches Moment dafür kommt vielleicht der auf beide wirkende gleiche Reiz der Diathese in Betracht. Ein eigener Fall des Verf. soll zur Stütze dieser Befunde dienen. Die Bedeutung liegt darin, daß für ein Einschreiten von seiten des Chirurgen mit größter Sorgfalt alle klinischen Momente und Laboratoriumsbehelfe in Betracht gezogen werden müssen, da eben z. B. die Harnstoffausscheidungsergebnisse auch bei einer kranken Niere auf beiden Seiten gleich sein und zu trügerischen Schlüssen Veranlassung geben können.

Le priapisme leucémigue (Der leukämische Priapismus), von P. Moure und R. Leibovici. S. 101. Ein Pat. wurde wegen seines Priapismus aufgenommen. In der Anamnese eine Blennorrhoe und vielleicht Lues. Der Priapismus ist eines Nachts spontan aufgetreten und hat anfangs keine Beschwerden bereitet. Miktionen erst schwierig, später ohne Anstrengung. Temperatur erhöht, leicht entzündliche Erscheinungen an dem erigierten Penis. Ätiologie: Myeloide Leukämie. Sedative Therapie ohne Erfolg. 22 Tage nach dem Auftreten, nachdem am Damm noch eine Schwellung entstanden war, Operation. Entleerung von dunklem Blut aus der Schwellung. Nach einigen Tagen sekundäre Hämorrhagie und nach einem schweren Stuhlgang Entleerung eines Klumpens und Eiters. Danach allmählich Heilung. Priapismus verschwand, Erektion nicht mehr möglich. Der Verf. glaubt nervöse Momente für das Entstehen eines Priapismus bei der Leukämie ablehnen zu können, desgleichen etwa komprimierende Hämatome. Der wahre Grund läge in Thrombosen der Corpora cavernosa. Erst entstünden Pseudothromben, später echte fibrino-leukozytäre Thromben. Diese können auch vereitern. Die Therapie besteht in sedativen Maßnahmen (kalte Umschläge, Eis, Brom, Rückenmarksanästhesie usw.), und wenn diese nicht bald zum Ziele führt, in frühzeitiger Operation, besonders wenn die Leukämie noch in ihrem Beginn steht und nicht sehr schwer ist. Bei Besserung der Leukämie verschwindet der Priapismus auch von allein, die Operation kürzt jedenfalls das qualvolle Warten auf diesen möglichen günstigen Verlauf ab.

De l'anesthésie épidurale en chirurgie urinaire (Die epidurale Anästhesie in der Chirurgie der Harnwege), von F. Bilger. S. 111. Bericht über 25 Fälle von Operationen der verschiedensten urologischen Affektionen. 17mal erfolgreich, 2mal nur teilweise, 6mal mißlungen. Die Technik kann bei dicken Menschen oder bei nicht

Digitized by Google

normalem Verhalten der Wirbelsäule schwierig sein. Außer einem Kollaps bei einem Pat., Kältegefühl und Anästhesie an den Beinen bei einem anderen und Kältegefühl allein an den Beinen bei einem dritten keine Zwischenfälle. Die Methode ist vorteilhaft, wo die Allgemeinnarkose gefährlich ist, so bei Arteriosklerose, Lungen- und Herzkomplikationen, Hypertension renalen Ursprunges. Sie ist fast schmerzlos, hält lange vor, kein postoperativer Schmerz. Sie ist angezeigt bei allen Operationen an den Ureteren, an der Blase (mit Ausnahme der Lithotripsie, weil hier infolge der Atonie der Blase die Ausstoßung der zertrümmerten Steine ausbleibt), zur Operation der Hypo- und Epispadie. Mit Vorsicht ist sie bei Prostataoperationen anzuwenden. Die Arbeit ist eine Empfehlung der epiduralen Anästhesie, ohne daß der Verf. ihr bedingungslos vor der Allgemeinnarkose den Vorzug geben will.

Un cas de tuberculose de l'urètre (Ein Fall von Tuberkulose der Harnröhre), von A. Boeckel und Ch. Oberling-Straßburg. S. 127. 35jähr. Pat., keine Blennorrhoe in der Anamnese, Striktur der hinteren Harnröhre. An der Lungentuberkulose Exitus. Sektion: Tuberkulöse Herde in den Lungen, in der linken Niere, kalter Abszeß in der Prostata, ebensolcher, von der nach außen fistelnden rechten Cowperschen Drüse ausgehend, im periurethralen Bindegewebe. Prostatateil der Harnröhre schwer tuberkulös verändert, zum Teil sklerosiert. Es handelt sich um eine echte tuberkulöse Striktur.

Un cas particulier de tuberculose rénale (Ein besonderer Fall von Nierentuberkulose), von G. Bernadet. S. 132. 20jähr. Patientin. Beginn des Leidens plötzlich mit heftigsten Beschwerden, nie Blut im Urin, Besserung auf Blasenspülungen mit Silbernitrat hin. Eine später doch ausgeführte Zystoskopie ließ verdächtige Ulzerationen am Blasenscheitel erkennen, Ureterenkatheterismus links, Tuberkelbazillen +, rechts Ø, Tierversuch links +. Nephrektomie. Heilung. Linke Niere schwer erkrankt.

Papillomes intra-urétraux (Intraurethrale Papillome), von G. Bernadet. S. 134. 24jähr. Mann mit chronischer Blennorrhoe. Es entwickeln sich an Eichel und Vorhaut spitze Kondylome, die galvanokaustisch weggebracht werden. Die Blennorrhoe wird mit Dehnungen, Prostatamassagen, Ionosationen und mit Vakzinen behandelt. Rezidive der Kondylome, die sich diesesmal 6—7 cm weit in die Urthra hinein erstrecken. Galvanokaustische Abbrennung, in der Urethra unter urethroskopischer Kontrolle. Kein Zwischenfall. Heilung, auch der Blennorrhoe.

Uropyonéphrose et lithiase d'un rein en ectopie iléo-pelvienne (Uropyonephrose und Lithiasis einer ektopischen Beckenniere), von G. Jean-Toulon. S. 136. 21jähr. Matrose. Der Befund ließ an eine infizierte Hydronephrose denken. Auf dem Röntgenbild war die rechte Niere nicht deutlich sichtbar, es zeigte sich auf ihr ein Schatten, wie er einer vergrößerten Niere entsprechen konnte. Keine Besserung durch intensive Behandlung mit Nierenbeckenspülungen. Operation: Niere nicht an gewohntem Platz zu finden. Es handelt sich um eine homo- und monolaterale kongenitale Nierenektopie vom ileo-pelvischen Typ mit zwei Steinen aus Oxalat und Spuren von Phosphat. Schwerkranke Niere: allgemeine leichte Sklerose mit Stigmen starker Entzündung. Aus der Beobachtung folgt, daß neben der genauen klinischen Untersuchung bei jedem Falle eine gründliche Radiographie und eine Pyelographie bei Vorliegen einer Hydronephrose stattzufinden hat. E. Sklarz-Berlin.

Japanese Journal of Dermatology and Urology.

1924, Bd. 24, Nr. 10.

Studien über die Alopezien, von Dy. Aramaki, Derm. Univ.-Kl. Sendai. S. 79. Bekanntlich läßt sich durch Verfütterung von Thallium nitricum bei Ratten Haarausfall erzeugen, teils scharf begrenzt, teils diffus; es tritt aber ziemlich bald Gewöhnung an das Gift ein, denn bei länger dauernder Fütterung läßt der Haarausfall nach, ja es tritt Wiederbehaarung ein. Bei Injektion des Thalliumsalzes hört die Wirkung noch schneller auf; anscheinend wird es besonders rasch ausgeschieden. Bei den Thalliumratten wurde außerdem beobachtet: eine kleienförmige Hautabschuppung, braunrötlich gefärbt, und die Absonderung einer ebenso gefärbten „Augenbutter", nur ganz geringe Störungen der Geschlechtsfunktionen. Die Jungen von Thalliumratten zeigten verspätetes Auftreten der Behaarung. Bei Verabreichung von Bleisalzen waren die gleichen Wirkungen zu beobachten. — Injektion von Adrenalin hydrochlor., das bei Kaninchen Haarausfall um die Injektionsstelle herum hervorruft, erzeugt bei Ratten keinen Ausfall. — Adrenalin kombiniert mit Thyreoidin ist wirkungslos; wird dazu Thallium verfüttert, tritt Haarschwund

Digitized by Google

auf und die Ratten gehen rasch zugrunde. Es scheint danach, daß eine Störung der inneren Sekretion auch bei der Epilation eine Rolle spielt.

Ein Fall von Melanosarkom des Penis, von O. Okayasu, Derm.-urol. Kl. Niigata. S. 81. Kasuistischer Beitrag.

1924, Bd. 24, Nr. 11.

Über Trichophytinbehandlung der Trichophytie mit besonderer Berücksichtigung ihrer oberflächlichen Form, von Sh. Takahashi, Derm.-urol. Univ.-Kl. Tokyo. S. 83. Nicht nur bei tiefen Trichophytieformen, sondern auch bei oberflächlichen stellte Verf. gute Reaktion und Heilerfolge durch Injektionen von konzentrierter bis 10%iger Lösung von Trichophytin fest, gewonnen aus Kulturen von Gypseum oder Epidermophyton. Unangenehme Nebenwirkungen dieser Trichophytine wurden nicht beobachtet. Eine Spezifität der Trichophytine wurde nicht nachgewiesen. Auch Favus und Pityriasis rosea reagierten oft günstig. In einigen Fällen traten nach den Injektionen Verschiebungen des Blutbildes ein, die jedoch nach 3—4 Tagen schwanden. Bei den Fällen, die nachkontrolliert werden konnten, zeigte sich kein Rezidiv.

Über einen Fall von Lupus miliaris disseminatus faciei mit dem positiven Befund der Tuberkelbazillen, von H. Wada, Derm.-urol. Kl. Chiba. S. 84. Im Laufe eines halben Jahres hatten sich bei einem sonst kräftigen Manne zahlreiche Knötchen im Gesicht und an den Ohrmuscheln entwickelt, die einschmolzen und Eiterpusteln bildeten. Im mikroskopischen Schnittpräparat zeigten sich zahlreiche Tuberkel, in denen sich auch in 2 Schnitten (unter 96) Tuberkelbazillen nachweisen ließen. Ein mit Hautstückchen geimpftes Meerschweinchen ging an Tuberkulose zugrunde. Unter Höhensonnenbehandlung gingen sämtliche Knötchen zurück und hinterließen Narben, die an Acne necrotica erinnerten.

Naevus cartilagineus (Aurikularanhänge), von T. Ohno, Derm.-urol. Kl. Niigata. S. 85. Verf. studierte 7 Fälle von Aurikularanhängen klinisch und histologisch.

1924, Bd. 24, Nr. 12.

Beiträge zur Pathologie und Systematisierung von Angiokeratomen, insbesondere über ihre Beziehung zur Tuberkulose, von M. Itoh, Derm.-urol. Univ.-Kl. Tokyo. S. 87. Es werden unterschieden: 1. Angiokeratoma Mibelli, 2. Angiokeratoma scroti, 3. Angiokeratoma corporis naeviforme und 4. sog. angiokeratomartige Bildungen. Bei dem einen, unter 1 geschilderten Fall findet sich außer dem Angiokeratom noch ein tuberkulöses Geschwür; Verf. lehnt aber alle direkten Beziehungen zwischen den Angiokeratomen und irgendeiner Art von Hauttuberkulose ab. Zusammenhänge mit Frostbeulen oder anderen Zirkulationsstörungen bestätigt er. Die angiokeratomähnlichen Befunde bei Folliklis, Lupus pernio und erythematodes, bei den papulonekrotischen Tuberkuliden, bei Lichen scrofulosorum und Angiolupoid sind von den reinen Angiokeratomfällen scharf zu trennen. A. de Lemos-Hamburg.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1925, Nr. 3.

Sitzung vom 12. März 1925.

Rubinstein: **Sur la valeur de la réaction de Bordet-Wassermann** (Zum Protokoll: Über den Wert der Wassermannschen Reaktion). Gegen die Bemerkungen von Nicolas in der vorigen Sitzung über die Häufigkeit unspezifischer positiver Reaktionen wird mangelhafte Technik geltend gemacht; bei guter Technik ist positive Reaktion für Syphilis beweisend.

Rubinstein: **Technique de l'examen du liquide céphalo-rachidien [Cytologie]** (Technik der Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit [Zytologie]). Bespricht die verschieden große Zahl von Leukozyten in den verschiedenen Portionen des Punktates; gewöhnlich ist sie in der ersten am größten. Es empfiehlt sich die Untersuchung verschiedener Portionen, darunter die erste gesondert.

Milian: **Zum Protokoll.** Zu der Beobachtung von Bizard in der vorigen Sitzung über anscheinend banale Läsion bei einer Person, von der eine Ansteckung mit Syphilis erfolgt war, wird um Feststellung gebeten, ob sich bei der Person, die angesteckt wurde, Erscheinungen an der entsprechenden Stelle gezeigt hatten; dies würde dafür sprechen,

Digitized by Google

daß jede, auch nicht syphilitisch aussehende Läsion bei einem Syphilitiker mit Mißtrauen betrachtet werden muß.

Hudelo und R. Kourilsky: **Un cas de lèpre mutilante autochtone** (Ein Fall von autochthoner mutilierender Lepra). Der Fall eines 13jähr. Knaben ist ein Beweis dafür, daß in Frankreich, besonders im Süden, Lepraherde bestehen; es handelt sich hier um eine familiäre Erkankung, da auch eine ältere Schwester des Knaben an Lepra erkrankt ist. Die Diagnose hatte zunächst große Schwierigkeiten gemacht. Jeanselme macht darauf aufmerksam, daß Personen, die sich in Lepragegenden aufgehalten haben, Träger von bazillären Globi sein können, ohne selbst zu erkranken, dadurch jedoch zur Ansteckungsquelle für andere werden können.

Hudelo und Rabut: **Lupoides disséminées de Boeck** (Disseminiertes Boecksches Lupoid). Symmetrisch im Gesicht und an den oberen Extremitäten angeordnete Effloreszenzen, histologisch verdünnte Epidermis, leichte Keratose, tuberkuloide Knötchen, im Zentrum oft mit Gefäßen nebst Haufen von epithelioiden und Riesenzellen. Die Erscheinungen sprechen für Boecksches miliares disseminiertes Lupoid (multiples benignes Sarkoid). Ätiologisch für Syphilis keine Anhaltspunkte, in der Familie Tuberkulose. Tuberkulinbehandlung führte zu Zunahme der Erscheinungen.

Hudelo, Montlaur und Leforestier: **Lymphogranulomatose de Schaumann [Lupus pernio] à forme anormale** (Schaumannsche Lymphogranulomatose [Lupus pernio] von abnormer Form). Multiple harte Tumoren im Gesicht, umfangreiche weiche Schwellung der Finger und Hände bis zum unteren Drittel der Unterarme, das gleiche in beschränkterem Maße an den Füßen; an einzelnen Knochen röntgenologisch deutlich entkalkte Zonen. Multiple Adenopathien. Zerstörung der oberen Hälfte der knöchernen Nase. Allgemeinbefinden gut. Urin sehr reichlich. WR und Kutisreaktion negativ. Es fanden sich sehr spärlich säurefeste Bazillen. Impfungen negativ. Es handelt sich sehr wahrscheinlich um eine Tuberkulose, aber von abgeschwächter und wenig virulenter Form, ohne Ulzerationen, Abszeß- und Fistelbildung, außer an der Nase. Trotz der von dem gewöhnlichen Bilde des Lupus pernio abweichenden Befunde des Freibleibens der Lungen, der Zerstörungen am Nasenskelett, der nicht vermehrten Zahl der großen Mononukleären, dürfte doch an dieser Diagnose festzuhalten sein. Die tuberkulöse Ätiologie scheint, mindestens für einen Teil der Fälle, sicher zu sein.

Milian: **Lichen plan annulaire géant** (Lichen planus in Riesenringen). Mehrere Ringe von 10 cm Durchmesser. Die Diagnose wird, abgesehen von dem klinisch einwandfreien Aussehen, durch eine Läsion an der Wangenschleimhaut und den histologischen Befund bestätigt.

Milian und Périn: **Poikilodermie érythémato-atrophiante.** Rötung mit unregelmäßiger Pigmentierung, geringe kleienförmige Schuppung, stellenweise Atrophie. Verschiedene funktionelle sowie Verdauungsstörungen. In der Besprechung wird auf die Ähnlichkeit mit den besonders in Deutschland beobachteten Kriegsmelanosen hingewiesen. Jedoch stellt Milian fest, daß die zu diesen führenden äußeren Ursachen hier auszuschließen sind, und daß die Erkrankung auf innere Ursachen zurückzuführen ist.

Gougerot und Jausion: **Association sporotricho-tuberculeuse. „Scrofuloderme" sporotrichosique et sporotrichoses „papulo-nécrotiques"** (Verbindung von Sporotrichose und Tuberkulose. Sporotrichotisches „Skrofuloderma" und „papulo-nekrotische" Sporotrichosen). Die verschiedenartigen Hauterscheinungen, Gummen vom Typus eines Skrofuloderma und papulo-nekrotische Knötchen, waren durch das Sporotrichon Beurmanni auf einem tuberkulösen Terrain hervorgebracht worden. Durch diese Verbindung wird die Prognose verschlechtert und die Behandlung erschwert; die Jodbehandlung führt zu Lungenkongestionen und Verschlimmerung der Tuberkulose, diese ihrerseits bewirkt bei dem Kranken eine Intoleranz gegen Jod und hindert die Heilung der Mykose.

A. Boutelier: **Eruption érythémato-squameuse et circumpilaire survenue chez un hérédo-syphilitique au cours d'un traitement arséno-benzénique** (Erythematosquamöse, um die Haare angeordnete Eruption bei einem kongenital Syphilitischen im Verlaufe einer Salvarsanbehandlung). 7jähr. Kind. Nach der sechsten Novarsenobenzoleinspritzung Jucken, lebhaft rote Effloreszenzen an Rücken, Brust, Leib mit Neigung zur Gruppenbildung. Trotzdem weitere Einspritzung, nach der weitere Ausbreitung des Ausschlages. Die Primäreffloreszenz besteht aus kleinen, kaum papulösen Flecken, genau um die Haare herum, mit einer kleinen, wenig haftenden Schuppe. Die zuerst lebhaft rote Färbung wird allmählich etwas bräunlich. Zu Gruppen vereinigte Effloreszenzen zeigten follikuläre Hervorragungen. Die Möglichkeit eines durch die Behandlung provozierten lichenoiden Syphilides wird nicht für wahrscheinlich gehalten,

Digitized by Google

ebensowenig die eines Lichen scrofulosorum, vielmehr die Eruption als eine toxische angesprochen.

L. Lafay und F. Ferrand: **Elimination du bismuth injecté à l'état d'oxyde** (Ausscheidung des als Oxyd eingespritzten Wismuts). Die voneinander abweichenden Mitteilungen über die Wismutausscheidung beruhen auf der Untersuchungsmethode, auf den Bedingungen, unter denen sie angewendet wird, und auf der Art des eingespritzten Salzes. Als besonders empfindlich und zuverlässig wird die spektro-photographische Methode von R. Fabre und Chéramy eingehend geschildert. Für das Oxyd ergaben sich vier prinzipielle Vorzüge: stärkster Gehalt an metallischem Wismut, langsame Assimilation im Organismus, dadurch schonende Ausscheidung für die Niere, beste Verträglichkeit.

Clément Simon und J. Bralez: **Manifestations syphilitiques secondaires apparues en plein traitement bismuthique** (Während einer Wismutbehandlung aufgetretene sekundär syphilitische Erscheinungen). 3 Fälle, in denen im Verlaufe einer Wismutbehandlung frische Erscheinungen auftraten, die nicht als Herxheimersche Reaktion aufgefaßt werden können. Bory glaubt die unregelmäßige Ausscheidung der angewendeten unlöslichen Salze dafür anschuldigen zu können.

Clément Simon und Thiollat: **Un nouveau cas de coëxistence chez un même malade de manifestations syphilitiques cutanées et nerveuses** (Ein neuer Fall von gleichzeitigem Bestehen von syphilitischen Haut- und Nervenerscheinungen bei einem Kranken). Die Fälle, in denen ein Zusammentreffen von Hauterscheinungen mit solchen des Nervensystems zu beobachten sind, sind nicht selten. Hier handelte es sich um tertiäre tubero-squamöse Syphilide bei einem Kranken mit sicher auf Syphilis beruhender spastischer Spinalparalyse. Sézary schließt aus derartigen Beobachtungen auf die Unität des Syphiliserregers.

L. Danel: **Erythème syphilitique tertiaire** (Tertiär-syphilitisches Erythem). Bei einem alten Syphilitiker in der oberen Bauchgegend zwei Gruppen von blaßroten, nicht schuppenden Ringen.

Réunion Dermatologique de Strasbourg.

Sitzung vom 18. Januar 1925.

J. Darier: **Note sur la dyskératose, en particulier dans la „Maladie de Paget"** (Zum Protokoll: Bemerkungen über die Dyskeratose, insbesondere bei der Pagetschen Krankheit). Entgegen den Bemerkungen von Pautrier, Georges Lévy und Salmon in der Sitzung vom 20. Juli 1924 (ref. diese Wschr., 1925, Bd. 80, S. 29), die die Bezeichnung als Dyskeratose für nicht ganz zutreffend erklärt hatten, gibt D. einen Überblick über die Bedeutung der von ihm eingeführten Bezeichnung und kommt zu dem Schluß, daß die bei Pagetscher Krankheit in der Epidermis anzutreffenden abnormen Zellen in jeder Beziehung mit den die Pseudo-Psorospermosis follicularis, die Bowensche Dermatose und das Molluscum contagiosum charakterisierenden zusammengestellt und mit einem gemeinsamen Namen benannt werden müssen, und daß die Bezeichnung als Dyskeratose für diese Zellen des Rete Malpighi berechtigt ist.

P. Masson: **Considérations sur la maladie de Paget** (Zum Protokoll: Betrachtungen über die Pagetsche Krankheit). In ausführlichen pathologisch-anatomischen Darlegungen präzisiert Masson gegenüber Darier seinen Standpunkt dahin, daß die Pagetsche Krankheit weder eine Dyskeratose noch eine präkanzeröse Läsion, sondern ein Epitheliom ist. Die Dyskeratose ist erst eine Folge der Pagetschen Krankheit, aber kein Charakteristikum derselben.

L.-M. Pautrier und G. Lévy: **Considérations sur la dyskératose et le groupe des affections dites dyskératosiques** (Zum Protokoll: Betrachtungen über die Dyskeratose und die Gruppe der sogenannten dyskeratotischen Affektionen). In erneuten Erwägungen des Dyskeratoseproblems glauben Pautrier und Lévy die von ihnen geäußerten Bedenken aufrecht erhalten zu müssen. Sie betrachten eingehend die von Darier als Dyskeratosen zusammengefaßten Krankheitsformen und kommen zu dem Schlusse, daß wenn auch gewisse Analogien zwischen der Pagetschen und Bowenschen Krankheit bestehen, diese bei den anderen fehlen, daß die Dyskeratose bei ihnen auch nicht als spezifisches Charakteristikum bezeichnet werden kann, weil man sie unter verschiedenen Umständen auch anderwärts findet, weil sie, außer bei der Darierschen Krankheit auch nicht den histologisch besonderes in die Augen fallenden Befund darstellt. Die Dyskeratose stellt, auf eine banale epidermale Mißbildung gestützt, ein Band zwischen Derma-

Digitized by Google

tosen dar, von denen nur zwei einander nahestehen, während die anderen nichts miteinander zu tun haben.

Hickel: **Maladie de Paget d'origine mammaire** (Von der Mamma ausgehende Pagetsche Krankheit). Es handelte sich um einen Krebs der Mamma, der erst sekundär die Epidermis ergriff. Der klinisch und histologisch das charakteristische Bild der Pagetschen Krankheit zeigende Fall kann die Ansicht stützen, daß es sich hierbei überhaupt nicht um eine Krankheit sui generis handelt. Auch wenn anscheinend nur Hauterscheinungen vorhanden sind, muß das Fehlen von Erkrankung der Brustdrüse durch histologische Untersuchung nachgewiesen werden.

J. Roederer und M. Metzger: **Un cas de lupus-carcinome** (Ein Fall von Lupus-Karzinom). Vor 35 Jahren Lupus der Wange, 11 Jahre später Tumor der Schläfengegend, Exstirpation, Plastik, nach weiteren 24 Jahren Wiederauftreten des Tumors, der rapid um sich griff. Jetzt Lupus tumidus der Wange, von ihm ausgehend pallilomatöser Tumor; außerdem Drüsenmetastasen.

L.-M. Pautrier und Lévy: **Vaste épithélioma ulcéreux et térébrant de la face, histologiquement baso-cellulaire pur** (Ausgedehntes, ulzeriertes und destruierendes Epitheliom des Gesichtes, histologisch rein baso-zellulär). Der Fall ist ein gutes Beispiel für diese Form des Epithelioms, die, ohne Metastasen zu machen, eine außerordentliche örtliche Malignität entfaltet, die Haut tief untergräbt und Knochen, Gefäße, Nerven angreift.

Gaston Weill: **Un cas d'anétodermie érythémateuse** (Ein Fall von Anetodermia erythematosa). Verschiedene violette Flecke mit leicht gefältelter Oberfläche, weicher Konsistenz, gegen die Umgebung scharf abgegrenzt. Der Umstand, daß die Flecke nicht narbig, atrophisch sind, spricht nicht gegen die Diagnose, weil es eine papulöse Abart der Krankheit gibt.

Šamberger-Prag: **Le rôle de la lymphe dans la pathologie des maladies cutanées** (Die Rolle der Lymphe in der Pathologie der Hautkrankheiten). Die Lymphe ist eine der Ernährung des Hautgewebes dienende Flüssigkeit, sie ist ein Sekretionsprodukt der arteriellen Kapillaren, das nach Quantität und Qualität im normalen Zustande durch die Bedürfnisse der Gewebe geregelt wird. Diese Sekretion findet in drei Schichten statt: Papillarkörper, Kutis, Unterhautbindegewebe. Die Untersuchungen über die Bedeutung der Lymphe führten zu einer Reihe neuer Gesichtspunkte bei Hautkrankheiten, deren Ätiologie großenteils unbekannt ist. In dieser Gruppe kann man zwischen Krankheiten unterscheiden, die von Störungen der Sekretion, und solchen, die von Störungen der Zirkulation der Lymphe abhängen. Störungen der Sekretion sind entweder Afflux durch plötzliche Hypersekretion (Quinckesches Ödem, Pemphigus, Urtikaria) oder Mangel der Lymphe (welke Haut der Greise, Sklerema adiposum der Neugeborenen). Störungen der Zirkulation zeigen sich als Lymphorrhagie (Epidermolysis bullosa hereditaria, Epidermolysis bullosa acquisita bei chronischem Pemphigus, Hyperidrosis pedum) oder als Lymphostase (Lymphangioma simplex, cavernosum, lymphatisches Ödem, ein Teil der Fälle von Elefantiasis). Ferner Ekzem und Erythema exsudativum multiforme, bei welchen beiden letzteren eine doppelte pathologisch-anatomische Grundlage besteht, nämlich Entzündung und Hypersekretion von Lymphe.

L.-M. Pautrier, L. Ambard, F. Schmid und G. Lévy: **Ulcère de jambe guéri par l'insuline chez une hyperglycémique sans glycosurie, et ulcère de jambe guéri par l'insuline chez une malade à glycémie normale** (Heilung von Unterschenkelgeschwüren durch Insulin bei einer Kranken mit Hyperglykämie ohne Glykosurie und einer anderen mit normaler Glykämie). Der erste Fall zeigt die Notwendigkeit der Untersuchung des Blutzuckers, da die Harnuntersuchung nicht zur Aufdeckung eines versteckten Diabetes genügt. Die Heilung des zweiten Falles beweist, daß Insulin auch durch tiefe Veränderung der inneren Ernährung der Zellelemente wirken kann.

L. Ambard und F. Schmid: **Remarques à propos de la communication précédente** (Bemerkungen zu der vorhergehenden Mitteilung). Hypothesen über die Art der Wirkung des Insulins.

L.-M. Pautrier: **Urticaire pigmentaire à début tardif** (Spätes Auftreten von Urticaria pigmentosa). Auftreten im Alter von 22 Jahren, 2 Monate nach einer Entbindung.

L.-M. Pautrier: **Erythrodermie exfoliante, puis poussée aiguë de psoriasis généralisé, consécutives au traitement d'un psoriasis par des injections d'acétylarsan** (Erythrodermia exfoliativa, dann akute, generalisierte Psoriasiseruption im Gefolge

Digitized by Google

einer Psoriasisbehandlung mit Einspritzungen von Azetylarsan). Die Erythrodermie hatte anscheinend die Widerstandsfähigkeit der Haut herabgesetzt und dadurch die Generalisierung der Dermatose bewirkt, wie es auch den generalisierten Lichen-planus-Eruptionen nach exfoliierenden Erythrodermien der Fall zu sein scheint.

Acta Dermatologica (Japan).

1924, Bd. 4, H. 3.

Über „Nodosités juxta-articulaires" Jeanselme, von S. Takasaki-Palau. S. 229. In kurzer Zeit hat Verf. 14 Fälle beobachtet. Die Krankheit befällt beide Geschlechter in mittlerem Alter. Ausgangspunkt der Tumoren pflegt Fuß- oder Hüftgelenk zu sein. Gewöhnlich 1—3 Tumoren auf jedem Gelenk, doch auch multiples Auftreten. Symmetrie. Sitz dicht unter der Haut, selten mit der Oberfläche verwachsen, knorpelharte Konsistenz. Niemals sichtbare Entzündungserscheinungen, keine besonderen Beschwerden. Ungemein chronischer Verlauf. Häufig familiäres Auftreten. Fast immer ist Framboësie vorangegangen. Histologisch zirkumskripte Vermehrung der Bindegewebszellen, Gefäßneubildung, Zellinfiltration, also eine besondere Art von entzündlicher Geschwulst (entzündliches Fibrom). Keine gewöhnliche Neubildung. Nie Riesenzellen. Pathogenese ungeklärt. Fadenpilze oder Spirochäten werden nicht gefunden.

Experimentelle Untersuchungen über hypertonische Traubenzuckerinjektionen, von H. Schimada, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 269. Nach intravenöser Injektion 50%iger hypertonischer Traubenzuckerlösung kommt es bei Kaninchen zu ausgeprägter Zunahme der Leukozyten. Starke Steigerung der phagozytären Leukozytentätigkeit und der Wirkung von Opsonin und Bakteriotrophin. Diese Leistungssteigerung geht der Zunahme des Blutzuckergehaltes nicht parallel. Der Agglutininwert wurde nicht wesentlich beeinflußt.

On Orchitis of the Rabbit, Experimentally Produced by Inoculation with the Spirochete of Rat-bite Fever (Orchitis beim Kaninchen, experimentell durch Inokulation von Spirochäten der Rattenbißkrankheit erzeugt), von S. Takenaka, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 271. An 14 Tieren wurden die klinischen und histologischen Eigentümlichkeiten der Rattenbißorchitis studiert. Intratestikuläre Inokulation von einem durch mehrere Mäusegenerationen gegangenen Passagevirus, das ursprünglich von einem Menschen stammte, ergab konstante Orchitis, bei der das ganze Hodengewebe befallen wurde. Der Krankheitsverlauf ließ sich in 4 Stadien einteilen. 1. Woche: Inkubation. 2. Woche: Aktive Progression. 3. Woche: Regression, die sich mitunter bis in die 4. Woche erstreckt. 4.—5. Woche: Ödematöse Schwellung des Präputiums und der perianalen Region.

1924, Bd. 4, H. 4.

Über die Erythromelalgie und die Vagotonie, von S. Horiuchi, Chir. Abt. Kokura-Kinenhosp. S. 311. 1. Bei einer 28jähr. Frau traten zweimal unmittelbar post partum Schmerz, Rötung und Hitze beider Füße auf, die im Laufe eines Jahres allmählich abklangen. 2. 31jähr. Mann mit Rötung und schmerzhafter Schwellung der beiderseitigen Zehen und Finger. In beiden Fällen starke Dermographie. Starke Eosinophilie und Hyperglobulie. Typische Vagotonie nach Eppinger und Hess. Verf. nimmt an, daß sich hier die Erythromelalgie auf Grund abnormer Erregbarkeit des vegetativen Systems entwickelt habe.

Über den Namen „Palau-Tamushi", von S. Takasaki. S. 316. Der Name „Palau-Tamushi" (Trichophytie) ist nach Ansicht des Verf. für die 1919 von Takasugi beschriebene, auf der Insel Palau vorkommende Dermatomykose falsch; er glaubt die Krankheit „Ponape-Tamushi" nennen zu müssen. Die Krankheit beschränkt sich keineswegs nur auf die Palau-Inseln.

Contribution to the Study of Experimental Syphilis of the Rabbit. III. The Experimental Chancre of the Prepuce (Beitrag zum Studium der experimentellen Kaninchensyphilis. III. Der experimentelle Präputialschanker), von Y. Adachi und M. Abe, Univ.-Hautkl. Kyoto. S. 330. 25 junge Männchen wurden subkutan am Rande des Präputiums in die Schleimhaut mit 0,1 ccm Hodenemulsion virulenter Spirochäten eines Passagevirus geimpft. In 15 Fällen entwickelte sich am Ort der Inokulation nach einer Inkubation von 12—67 Tagen ein Primäraffekt. Bei 3 Tieren trat nach 111 Tagen

Digitized by Google

Keratitis parenchymatosa, anscheinend ohne Entwicklung einer Primäraklerose, auf. 1 Tier starb, 6 blieben klinisch gesund. Es ließen sich zwei Typen von Läsionen unterscheiden: kleine indurative und breite, zu Ulzeration neigende Schanker. Bis auf 2 Seren war die WR immer negativ. Die Vulva scheint bei Kaninchen gegen Syphilisinfektion resistenter zu sein als das Präputium. Während 75% männliche Kaninchen sich infizierten, betrug der Prozentsatz bei den Weibchen nur 29,2%.

Über die Leprabazillen in den Lymphdrüsen bei der Lepra, von S. Takenaka, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 368. Untersuchungen an 127 Leprösen und 25 Nichtleprösen. Bei zwei Drittel aller Leprafälle waren Bazillen durch einmalige Punktion nachweisbar, in 42 Fällen negatives Resultat. Praktischer Nutzen dieser Nachweismethode zur Sicherstellung der Diagnose oder zur Beurteilung therapeutischer Erfolge.

M. Gumpert-Berlin.

Proceedings of the Royal Society of Medicine, Section of Dermatology.

Sitzung vom 15. Januar 1925.

F. Carminow Doble: **Fall von Epithelioma adenoides cysticum.** Ungewöhnlich ist das Auftreten erst im Alter von 23 Jahren und das Fehlen sonstiger Fälle in der Familie.

F. Carminow Doble: **Fall von Tuberculosis cutis.** Trotz Fehlens von Tuberkelbazillen Diagnose auf Grund des histologischen Befundes.

J. E. M. Wigley: **Fall zur Diagnose.** 7jähr. Mädchen. Vor 2 Monaten schuppende Efflorescenzen auf dem Kopf und der benachbarten unbehaarten Haut vom Charakter einer Psoriasis. Die Affektion hat sich jetzt über das ganze Gesicht, oberen Teil des Rumpfes, obere Abschnitte der Glieder, besonders an den Dorsalflächen, ausgebreitet, Hände und Füße frei. Es bestehen jetzt rote Flecke, die an Nacken, Schulter, Gesicht zu breiten schuppenden Flächen verschmolzen sind. An Gliedern und Abdomen fühlt sich die Haut rauh an; zwischen den geröteten Flächen finden sich Inseln normaler Haut. Kopf mit trockenen, grauen Schuppen bedeckt. Es scheint fraglich, ob die Diagnose Psoriasis noch aufrecht zu erhalten ist. In der Besprechung wird der Fall als Pityriasis rubra pilaris angesprochen. E. Levin-Berlin.

Bücherbesprechungen.

Geschlechtskunde, auf Grund 30jähriger Forschung und Erfahrung bearbeitet von **Magnus** Hirschfeld-Berlin. (Lieferung 3 u. 4. Julius Püttmann, Verlagsbuchhandlung, Stuttgart.) Die vorliegenden Fortsetzungen der früher besprochenen Anfangslieferungen beschäftigen sich mit der Geschlechtsreife, den schädlichen Einflüssen auf das Geschlechtsleben, Kindheit und Geschlechtlichkeit, der Selbstbefriedigung. Für die Zeit des Heranreifens zur vollentwickelten Geschlechtlichkeit glaubt Verf. die Erkenntnis zugrunde legen zu sollen, daß der Mensch nicht nur gut, sondern auch dumm ist; viele sexuelle Vergehen werden begangen, ohne daß die Betreffenden das Gefühl haben, etwas Unrechtes zu tun. Unter den Schädigungen wird der Alkohol gebührend gewürdigt, auf gewisse, mit der Kleidung zusammenhängende Reizungen interessante Schlaglichter geworfen, wobei sich Gelegenheit findet, der Wandervogelbewegung zu gedenken, und die Prügelstrafe, die oft nur der geschlechtlichen Erregung des Ausübenden dient, scharf abgelehnt. Grundlegendes Prinzip ist Erziehung zur Natürlichkeit. Einen breiten Raum nimmt die Auseinandersetzung mit der Freudschen Lehre ein; der psychoanalytischen Auffassung wird die psychobiologische gegenübergestellt, die Begriffe der Verdrängung, Sublimierung, Komplexe erfahren eine strenge kritische, zur teilweisen Ablehnung gelangende Betrachtung. Diese etwas breit geratene Darstellung eines rein wissenschaftlichen Kampfes auf schließlich doch nur hypothetischen Grundlagen scheint uns aus dem Rahmen eines, nach des Verf. eigenen Worten für jedermann bestimmten Buches etwas herauszufallen. Die Selbstbefriedigung als fast regelmäßig erste geschlechtliche Betätigung darf nicht als Laster oder gar Jugendsünde, sondern höchstens als Schwäche betrachtet werden. Verkehrtheit der Bezeichnung als Onanie; doch wird Verf. wohl trotz der Berechtigung der Ablehnung dieser Bezeichnung selbst nicht glauben, daß sich ihrer Einbürgerung gegenüber die neueren Bezeichnungen der Ipsation und des Autismus bei der Allgemeinheit durchsetzen werden. Die zahlreichen auslösenden Ursachen der Selbstbefriedigung erklären ihre weite Verbreitung. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Die diagnostische und prognostische Bedeutung der Harnsedimente, von C. Posner. (2. Aufl. Verlag C. Marhold, Halle a. S. 1925.) Verf. bespricht in dem vorliegenden Hefte die verschiedenen Bestandteile des Harnsedimentes unter Berücksichtigung der heutigen Anschauungen. Dabei ist es ihm ganz besonders darum zu tun, nicht nur die einzelnen Bestandteile trocken nebeneinander aufzureihen, sondern sie werden einzeln unter Beziehung auf ihre Bedeutung für den normalen und pathologischen Stoffwechsel besprochen. Der Stoff ist von Anfang an auch dementsprechend gegliedert, indem erst die gewissermaßen konstitutionell bedingten Stoffwechselprodukte im Harnsediment kritisch besprochen werden, um zu zeigen, wieweit sie auch normal vorkommen können und wo ihr pathologisches Auftreten beginnt, und indem an zweiter Stelle die Produkte einer örtlichen Störung — rote und weiße Blutkörperchen, Epithelzellen, Zylinder, Mikroorganismen, Beimengungen aus den Geschlechtsorganen — der Kritik unterzogen werden und ihre Bedeutung und die aus ihrem Erscheinen zu ziehenden Schlüsse beleuchtet werden. Das Büchlein ist nicht nur für den Allgemeinpraktiker bestimmt, sondern wird auch gerade dem dermato-urologischen Facharzt in vielen Fragen ein guter Berater sein. E. Langer-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Anatomie und Physiologie.

Gibt es tiefe Druckempfindungen?, von M. v. Frey-Würzburg. (D. m. W., 1925, Nr. 11, S. 423.) Die Untersuchung eines Falles von ausgedehntem Empfindungsausfall nach Radikotomie der dorsalen Wurzeln von L_4, L_5 und S_2 ergab mit den am Normalen ausgebildeten Verfahren folgendes: 1. Die Druckschwellen sind gegenüber der Norm auf das Mehrhundert- bis Mehrtausendfache erhöht. Sie sind über den Weichteilen niedriger als über dem Knochen. 2. Die Druckschwellen sind um so höher, je weiter im Innern des anästhetischen Gebietes die Reizstelle liegt. 3. Wird das unempfindliche Hautgebiet dadurch vergrößert, daß eine Fläche von 32 qcm des hypästhetischen bzw. vollempfindlichen Grenzgebiets elektroosmotisch vertaubt wird, so steigt die stets am gleichen Orte innerhalb des anästhetischen Gebietes nahe seiner Grenze bestimmte Druckschwelle um 50% an. 4. Die Größe der Reizfläche ist ohne wesentliche Bedeutung für den Wert der Druckschwelle innerhalb des anästhetischen Gebietes. 5. Die Zugschwelle ist ebenso hoch oder niedriger als die Druckschwelle, entsprechend der zerrenden Wirkung, die von der aufgehobenen Epidermis ausgeht und sich jenseits des anästhetischen Gebietes nachweisen läßt. Die Ergebnisse entsprechen den am Normalen gewonnenen, obwohl in dem untersuchten Fall auch die tiefen Gewebe empfindungslos waren. Verf. erklärt sich diese Erscheinung aus dem Übergreifen der Reize aus dem anästhetischen in das teilweise oder vollempfindliche Gebiet. Er kann erst dann eine Teilung des Drucksinns in einen oberflächlichen und einen tiefen als berechtigt anerkennen, wenn angegeben werden kann, was der tiefe Drucksinn leisten soll, wo seine Empfänger zu suchen sind, auf welche Art und Stärke der Reize sie ansprechen. F. Harry-Wiesbaden.

Über den Kitzel, von M. v. Frey. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1925, Nr. 3, S. 81.) Die physiologischen Versuche lehrten, daß die Entstehung von Kitzel an die Reizung der Empfangsapparate des Drucksinns (Haare bzw. Meißnersche Körperchen) gebunden ist und die Erregung eines jeden dieser Empfänger den Reiz nicht oder nur wenig überdauert. Wandern des Reizes ist nicht unbedingt erforderlich; einfache Berührung der Haut genügt, doch ist der Kitzel an den meisten Orten dann so flüchtig, daß er leicht übersehen wird. Wandern des Reizes kann nicht ersetzt werden durch wiederholte Reizung desselben Ortes. Statt zur Verstärkung des Kitzels kommt es hier zu seiner Zurückdrängung, ja bei genügender Frequenz der Reizfolge zu einem ganz anderen Erfolg, für den die Ausdrücke Schwirren, Kribbeln, Vibrationsempfindung gebräuchlich sind. Auch diese Empfindung wird durch den Drucksinn vermittelt und hat mit irgendeiner tiefen Sensibilität nichts zu tun. Die biologische Bedeutung des Kitzels besteht darin, im Verein mit dem Jucken den Meldedienst gegenüber den zahlreichen, die Haut bedrohenden Schmarotzern zu versehen. Die Anwesenheit eines solchen unerwünschten Gastes genügt, um Kitzel zu erregen, während das Jucken eine wirkliche Verletzung und anschließende chemische Veränderung, zum mindesten der Oberhaut, voraussetzt. Diese Rolle des Kitzels wird noch besonders dadurch beleuchtet, daß die

Digitized by Google

Ausmündungen der Verdauungs- und Atmungswege, die Umgebung des Auges und äußeren Gehörganges durch überragende Kitzlichkeit sich auszeichnen.

M. Stern-München.

Über Vitalfärbungen von Zellen und Geweben mit Indikatoren, von H. Petow, E. Wittkower und D. Pietrkowski. (Kl. W., 1925, Nr. 13, S. 598.) Den Verff. ist es gelungen, mit Indikatoren durch Vitalfärbungen am lebenden Gewebe die Wasserstoffionenkonzentration festzustellen. Zu diesem Zwecke wurden täglich Mäuse und Meerschweinchen mit konz. Indikatorenlösungen gespritzt, und zwar mit Bromphenolblau, Bromkresolpurpur, Methylrot, Bromthymalblau und Neutralrot. Eine halbe bis eine Stunde nach der letzten Injektion wurden die Organe herausgenommen und mikroskopiert. Es zeigte sich, daß die Wasserstoffionenkonzentration (H) aller gefärbten Gewebe zwischen $p_H = 7{,}0$ und $p_H = 4{,}3$ liegt. Unter anderem färben sich besonders reich Haut, Schleimhaut und seröse Häute wie auch das Bindegewebe. Die Farbstoffe wurden alle im Harn und der Galle ausgeschieden, ohne ihre Indikatoreigenschaften zu verlieren. Die Arbeit — hier nur als kurze Mitteilung — erscheint ausführlich.

E. Langer-Berlin.

Über den Einfluß lokaler Reize auf den Prozeß der Vitalfärbung, von N. Kusnetzowsky-Leningrad. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1925, Bd. 44, H. 5/6, S. 646.) Lokaler thermischer Reiz bei gleichzeitiger intravenöser Injektion von Trypanblau bewirkt besonders starke und schnelle Speicherung des Farbstoffes in den gereizten Hautpartien des Kaninchens. Ort der Speicherung: bis in die Unterhaut, das Peritoneum und die anliegenden Darmschlingen. Die Kolloidsubstanz wird in den Zellen des Bindegewebes, hauptsächlich in den Histiozyten, abgelagert. Chemische Reize (Senföl) bewirkten nur — allerdings beträchtliche — Speicherung in den oberen Abschnitten der Haut. Die Erklärung ist in der aktiven Hyperämie und vermehrten Transsudation zu suchen.

E. Schäfer-Göttingen.

Dyrkning af Vaev in vitro (Züchtung von Geweben in vitro), von S. Kiaer, Univ.-Inst. f. Allg. Path. Kopenhagen. (Hospitalstid., 1925, Nr. 2, S. 25.) In einem (am 24. IV. 1924 gehaltenen) Vortrag schildert K. in anschaulicher Weise den derzeitigen Stand der Erfahrungen über Züchtungen von Gewebszellen in vitro, namentlich unter Berücksichtigung der von Ebeling und Carrel ausgearbeiteten quantitativen Methode. Ebeling verfährt folgendermaßen: Von einer mindestens 20 Tage alten Reinkultur von Fibroblasten werden zwei gleichgroße Fragmente genommen und jedes für sich in eine Kulturkammer mit dem gleichen Nährmedium (z. B. Plasma und Embryonalextrakt zu gleichen Teilen) gebracht. Die Fragmente werden gleich bei der Explantation gezeichnet und dann auf 4 Stunden bei 39° C im Thermostat verwahrt. Alsdann werden die Kulturen in Gestalt einer mehr oder weniger breiten, die Fragmente umgebenden Zone wieder gezeichnet und mit Hilfe des Planimeters gemessen. Mit diesem, allerdings große technische Fertigkeit voraussetzenden Verfahren hat auch Carrel Beobachtungen bei seinen Zellenzüchtungen ausgeführt, wobei sich interessanterweise eine allmähliche Abnahme der Wachstumsenergie dokumentierte. Ferner hat Albert Fischer im Kopenhagener Institut sehr schöne Versuche über den hemmenden Einfluß eines Antigens (Aszitesflüssigkeit) auf das Wachstum der Fibroblasten und die allmählich sich entwickelnde Angewöhnung dieser an den Fremdkörper ausgeführt, die eine bedeutsame Vervollständigung der von Thorvald Madson und Jörgensen über Antitoxinentwicklung im Serum beim Tierexperiment darstellen. Über die verschiedenen Substanzen, welche als Nährmittel für die Zellkulturen dienen können (Hühnereiweiß, Eigelb, Eieralbumin, Hühnerbouillon oder eine Aminosäure), liegen verschiedene Beobachtungen vor, doch ist man noch nicht zu einem definitiven Resultat gekommen. Fest steht vorläufig, daß im Embryonalextrakt und im Sekret von Leukozyten wachstumsfördernde Substanzen enthalten sind, während das Serum an sich auf Fibroblasten und Epithelzellen wachstumshemmend wirkt, und daß diese hemmende Wirkung mit dem zunehmenden Alter des Serumspenders zunimmt. Lymphozyten können sich im Serum lebend erhalten und wachstumsfördernde Stoffe (Trophone genannt) produzieren. Sie werden deshalb auch als Trophozyten bezeichnet.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

En renkultur af bindevaevsceller to Aar gammel (Eine 2 Jahre alte Reinkultur von Bindegewebszellen), von A. Fischer und S. Kiaer, Univ.-Inst. f. Allg. Path. Kopenhagen. (Hospitalstid., 1925, Nr. 2, S. 39.) Im Oktober 1922 haben Verff. von einem 10 Tage alten Hühnerembryo eine Kultur von Bindegewebszellen in vitro angelegt, von der sie seitdem 350 Übertragungen, je in Intervallen von 2—3 Tagen, ausgeführt und etwa 7000 Sekundärkulturen gewonnen haben. Der Hauptzweck dabei war,

Digitized by Google

die wachstumsfördernde bzw. hemmende Wirkung verschiedener Faktoren zu untersuchen, so diejenigen von verschiedenen normalen und pathologischen Säften, von Finsenlicht, von ultraviolettem Licht und Röntgenstrahlen. Es kam nicht so sehr darauf an, die von Carell durch 13jährige Züchtung schon bewiesene potentielle Unsterblichkeit der Zellen zu bestätigen — obwohl dies von anderer Seite noch nicht ausgeführt ist —, als vielmehr zu weiteren Versuchszwecken sich einen ausgiebigen Vorrat von Zellen von erprobter Aktivität und Reaktionsfähigkeit und zweckentsprechende Kulturmedien zu verschaffen; denn diese Methoden geben nur in den Händen von ganz gründlich trainierten Beobachtern brauchbare Resultate. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Mikroskopische Technik.

Untersuchungen mit der Nuklealreaktion, von H. Voss. (Kl. W., 1925, Nr. 7, S. 314.) Verf. hat eine von Feulgen und Rossenbeck angegebene Methode zur Färbung der nukleinsäurehaltigen Kernsubstanz nachgeprüft und kann die Untersuchungen dieser Autoren vollständig bestätigen und ergänzen. Es handelt sich um eine spezifische Reaktion — Nuklealreaktion —, die die Kerne aller Gewebsarten und Organe eingehen. Damit ist uns eine auf chemischer Grundlage beruhende Kernfärbungsmethode an die Hand gegeben, von der für die weitere Zell- und speziell Kernforschung sich Verf. noch sehr viel verspricht. E. Langer-Berlin.

Een nieuwe Bevriezingstafel (Ein neuer Gefriertisch), von B. S. ten Berge-Utrecht. (Nederl. Tijdschrift voor Geneeskunde, 1924, Bd. 2, H. 3.) Die neue Konstruktion besteht aus einer Metalldose, deren Innenraum durch Scheidewände in 3 Räume geteilt ist, welche kleine Metallkugeln enthalten. Dadurch ist die Oberfläche, an die die Kohlensäure heranströmt, bedeutend vergrößert, die Abkühlung und Gefrierung dadurch rascher und mit ungleich geringeren Kohlensäuremengen zu erreichen, außerdem wird so ein schnelles Auftauen verhindert, so daß nach einmaligem Frieren das Scheiden des ganzen Präparates durchgeführt werden kann. Ein weiterer Vorteil ist, daß dieses Gefriertischchen auf jedes Paraffinmikrotom aufgesetzt werden kann, und so ein eigenes Gefriermikrotom sich erübrigt. Durch die Verwendung der stabilen, nicht in Scharnieren beweglichen Paraffinmikrotome erreicht Verf. als Hauptvorteil die Anfertigung dünner, schöner Gefrierschnitte und sogar Serienschnittreihen, die tadellos ausfallen.
F. M. Peter-Hamburg.

Bakteriologie und Immunitätslehre.

Eine einfache Methode zur Konservierung von Rekurrensspirochäten, von W. Krantz, Univ.-Hautkl. Köln. (M. m. W., 1925, Nr. 1, S. 12.) Die Lebensdauer der Laboratoriumsspirochäten wird auf Tage erhöht, wenn der Kochsalzlösung der Aufbewahrungsröhrchen Stückchen von Hühnereiweiß zugesetzt sind (steriles Arbeiten!).
A. v. Notthafft-München.

Methylenblaufärbung der Bakteriennährböden, von St. Zoltán-Budapest. (Gió-gyászat, 1925, Nr. 8.) In blaugefärbten flüssigen Nährboden wurden Typhus, Koli, Paratyphus A u. B geimpft. Die blaue Farbe verwandelte sich in farblose Lösungen. Die Typhusbazillen wurden in ihrer Entwicklung gehemmt oder gänzlich aufgehalten (Plattenkulturen). Verf. glaubt, daß sich durch die genaue Bestimmung der Zeitdauer der Verfärbung eine Identifizierung der Bakterien ermöglichen ließe.
M. Porosz-Budapest.

Aktivierung von pathogenen Mikroorganismen durch Körperextrakte, von W. Weichardt, Bakt. Untersuchungsanstalt Erlangen. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1925, Bd. 104, H. 1/2, S. 145.) Verf. leitet aus einer Reihe von Untersuchungen folgende Ergebnisse ab: Die Aktivierung pathogener Mikroorganismen gelingt durch verschiedenste chemische und physikalische Momente. Diese wachstumsfördernden Stoffe werden als „Wuchsstoffe" bezeichnet. Es handelt sich dabei um die Gesamtheit aller das Wachstum und den übrigen Stoffwechsel fördernden Stoffe, die aus dem Körper gewonnen und durch physiologische und pathologische Vorgänge angereichert werden können. So konnte festgestellt werden, daß bestimmte Gruppen, die durch bestimmte Parasiten sonst nicht verwertet werden können (z. B. Na. asparag. durch Diphtheribazillen) bei Anwesenheit minimaler Mengen abiureter Körperextrakte, die selbst nicht als Nährstoffe dienen, in den Stoffwechsel dann mit einbezogen werden. Die aktivierende Wirkung ist an eine optimale Verteilung dieser Spaltprodukte im System gebunden. Autolyse, Milch-

Digitized by Google

säurebehandlung usw. reichert die „Wuchsstoffe" in sterilen Organen an. Es gelingt auch, die einzelnen Fermentfunktionen bestimmter Organismen durch diese Extrakte elektiv zu beeinflussen (so Wachstum, Toxinbildung). Die wirksamen Gruppen scheinen im Körper sehr locker gebunden zu sein. R. Hölscher-Hamburg.

Can Hypersensitiveness be Acquired? (Kann Überempfindlichkeit erworben werden?). von F. M. Rackemann-Boston. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 7, S. 489.) Diese Frage behandelt Verf. an der Hand von 2 Gruppen von typischer Hypersensibilität, nämlich dem Pferdeasthma und dem bei uns weniger verbreiteten Schnupfen bei langem Gebrauch von Schwertlilienpuder. Er glaubt die Frage auch bejahen zu können, wenn er außerdem noch eine prädisponierende Anlage (tendency) annimmt. Die Arbeit will zu weiteren Versuchen anregen, die exaktere Beweise bringen sollen.
F. M. Peter-Hamburg.

Zur Frage der Bedeutung der kutanen Diagnostik der Überempfindlichkeitszustände, von Fr. von Gröer und St. Progulski. (Mschr. f. Kinderhlk., 1925, Bd. 29, H. 4/6, S. 353.) Wenn die Amerikaner die Behauptung aufstellen, daß Hand in Hand mit einer allgemeinen Überempfindlichkeit eine solche lokaler Natur gehen müsse, legt der Verf. eingehend dar, daß davon keine Rede sein könne. Als Beispiel dient ihm ein Individuum mit digestiver Überempfindlichkeit gegen Krebsfleisch bzw. Extrakt. Wohl war hier die lokale Quaddelbildung bei Krebsextrakt recht stark, aber nicht stärker als bei einem normalen Kontrollfall. Andererseits war die Entzündungsreaktion 24 Stunden später, an der Injektionsstelle gerade beim Überempfindlichen nur in Spuren erkennbar, im Gegensatz zu den Kontrollfällen. Ein weiterer Beweis für das vom Verf. aufgestellte Gesetz von dem umgekehrten Verhältnis der Intensität der Quaddelreaktion zur Intensität der Entzündungsreaktion. Aus den Untersuchungen geht hervor, daß eine durch die kutane Methode feststellbare Hautüberempfindlichkeit nicht genügt, um eine digestive Allgemeinüberempfindlichkeit zu diagnostizieren. R. Ley-Kreuznach.

Trichophytin und Tuberkulin, von R. Peyrer, Derm. Abt. Wilhelminensp. Wien. (W. kl. W., 1925, Nr. 5, S. 147.) Durch tiefe Trichophytien wird der Körper gegen Trichophytine allergisch, und wir können mit diesen lokale, bisweilen auch allgemeine (Fieber) Reaktionen erzielen. Diese allergische Umstimmung tritt jedoch bei oberflächlichen Trichophytien in der Regel nicht ein. Es fiel daher auf, daß von 12 Kindern mit Knochentuberkulose und Mikrosporie 11 bei der Intrakutanprobe mit Trichophytin starke positive Reaktion zeigten. Bei allen Kindern war, entsprechend ihrer Erkrankung an Tuberkulose, die Pirquetsche Tuberkulinprobe stark positiv. Auf Grund noch zahlreicher anderer Impfungen kommt Verf. zu dem Schluß, daß der Organismus durch die Tuberkuloseinfektion eine Umstimmung erleidet, die, intrakutan bestimmt, nicht nur gegen Tuberkulin, sondern auch gegen andere Eiweißarten und Eiweißabbauprodukte, z. B. Trichophytine, gerichtet ist. Die positive Trichophytinreaktion in den obenerwähnten Fällen ist der Ausdruck der durch die tuberkulöse Infektion erworbenen Allergie gegen körperfremde Eiweißsubstanzen. Die positive Trichophytiereaktion ist daher bei Tuberkuloseinfizierten nur vorsichtig zu verwerten. Schließlich ist noch auf die Gefahren einer forcierten Trichophytinbehandlung hinzuweisen, die tuberkulöse Prozesse zum Aufflackern bringen könnte. Fendt-Wiesbaden.

Des relations existant entre les manifestations cliniques et histologiques de l'allergie dans certaines maladies infectieuses chroniques (Über Beziehungen zwischen den klinischen und histologischen Erscheinungen der Allergie bei gewissen chronischen Infektionskrankheiten), von E. Ramel, Derm. Kl. Zürich. (Rev. méd. Suisse rom., 1925, Jg. 45, Nr. 5, S. 257—281.) Nach einem geschichtlichen Überblick über die einschlägigen Fragen werden die Verhältnisse bei den tropischen Leishmaniosen, bei der Sporotrichose und bei den europäischen Blastomykosen besprochen. Das Resultat sei so zusammengefaßt: Bei einer wichtigen Gruppe von Infektionen, bei denen allergische Erscheinungen auftreten, und besonders bei solchen, die ihren Sitz auf der Haut haben, kommt es zur Bildung tuberkuliden Gewebes, dessen Entwicklung dem Grad der Allergie entspricht. Die histologischen Veränderungen stehen also im Verhältnis zu dem Zustand der Abwehr und Verteidigung des infizierten Organismus. Die tuberkulide Struktur ist nur ein Ausdruck für die histogene Allergie. Diese ist ein nützlicher Schutz des Organismus, manchmal ungenügend, wie bei der Tuberkulose und der Lues, wo sie nur eine relative Immunität erzeugt, oft aber genügend, wie bei der Trichophytie und Blastomykose mit totaler Immunität. Gemeinsam ist allen diesen allergischen infektiösen Prozessen die tuberkulide Reaktion, während ihre initiale Struktur sehr verschieden ist, entsprechend der Infektion. Wegen des andersgearteten Verhaltens der Serumreaktion

Digitized by Google

hat die Serumtherapie a priori keine Chancen in bezug auf Erzeugung von Immunität. Vielmehr ist die Haut selbst ein essentielles Schutzorgan des Organismus im Hinblick auf das anatomische Bild und mehr noch durch ihre biologischen Funktionen.

H. Lippert-Köln.

Zur Frage der menschlichen Idiosynkrasie und der tierexperimentellen Anaphylaxie, von B. Busson und N. Ogata. (W. kl. W., 1925, Nr. 8, S. 219.) B. und O. gelang es, Meerschweinchen primär durch Inhalation von Pferdeschuppen für Pferdeschuppeneiweiß überempfindlich zu machen. Später wurden die Tiere gesprayt. Die so behandelten Tiere verstarben im Gegensatz zu Meerschweinchen ohne Vorbehandlung mit dem Antigen. Die histologischen Befunde sind für Anaphylaxietod typisch, besonders ad maximum geblähte Lungen. Es fanden sich stark erweiterte Alveolen, mit oder ohne Ödem, strotzend mit Blut gefüllte Kapillaren und perivaskuläre Infiltrate. Das Auftreten von in den Lungen lokalisiertem Ödem glauben Verff. durch ihre mit idiosynkrasischem Antigen ausgeführten Inhalationsversuche erzeugt zu haben. Die histologischen Befunde machten die Identität mit der Anaphylaxie wahrscheinlich.

A. Holländer-Hamburg.

Über den Einfluß des Manganchlorürs auf die Anaphylaxie, von A. Klopstock. (Kl. W., 1925, Nr. 7, S. 312.) An einer Reihe sensibilisierter Meerschweinchen machte Verf. Versuche, durch die er feststellen wollte, ob es möglich ist, die Anaphylaxie durch rechtzeitige Darreichung von Manganchlorür zu beeinflussen. Dabei zeigte sich in der Tat, daß eine für Kontrolltiere tödlich wirkende Reinjektion von Antigen bei solchen sensibilisierten Meerschweinchen, die 2—8 Stunden vorher Manganchlorür erhalten hatten, keinen tödlichen Ausgang zur Folge hatte und selbst gegen die doppelte tödliche Dosis schützte. Dabei ist der Schutz durch eine wahrscheinlich erfolgende Erhöhung der Antikörper kein vollständiger. Das spricht nicht gegen die Annahme, daß der Schutz durch eine Erhöhung der Antikörper im Blut zustande kommt.

E. Langer-Berlin.

Contribution a l'étude expérimentale de l'anaphylaxie vaccinale. Innocuité des injections répétées de vaccins microbiens (Beitrag zur experimentellen Untersuchung der Vakzine-Anaphylaxie. Unschädlichkeit wiederholter Injektionen von Bakterienvakzine), von L. Goldenberg und L. Panisset. (Compt. rend. Soc. Biologie, 1925, Bd. 92, Nr. 2, S. 57.) Angeregt durch die Tatsache, daß bei den üblichen häufigen Vakzineimpfungen der Praxis keine anaphylaktischen Erscheinungen beobachtet wurden, prüften Verff. experimentell diese Vorgänge bei Meerschweinchen und Kaninchen. Wiederholte Injektionen von Bakterienvakzine (Verff. nahmen meist die Goldenbergsche Vakzine gegen Alveolarpyorrhoe), einerlei ob kurzer Abstand oder längerer Intervall zwischen den Injektionen, schufen keine Überempfindlichkeit. Verff. stellten auch fest, daß mit Serum vorbehandelte Tiere durch Vakzinierung nicht überempfindlich wurden und umgekehrt, daß mit Vakzine vorbehandelte Tiere nicht für Serum abweichend überempfindlich wurden. Damit ist die absolute Unschädlichkeit wiederholter Injektionen mit Bakterienimpfstoff in bezug auf die Anaphylaxie erwiesen.

H. Lippert-Köln.

Quelle est la meilleure voie d'introduction des vaccins? (Über den besten Weg der Einführung von Vakzinen), von G. Drouet. (J. de Méd. Paris, 1925, Nr. 14, S. 294—296.) Intrakutane Injektionen sind (z. B. bei Blennorrhoe, Kolinfektion) den subkutanen überlegen. Bei manchen örtlich lokalisierten Infektionen sind örtliche Vakzinationen zu empfehlen.

E. Levin-Berlin.

Allgemeine Pathologie und Diagnostik.

Die Aktivierung des Mesenchyms, von W. v. Gaza, Chir. Univ.-Kl. Göttingen. (Kl. W., 1925, Nr. 16, S. 745.) Auf physiologische und pathologische Reize, ebenso auf die Fremdstoffeinwirkung ist die Mesenchymzelle im Gegensatz zur Epithelzelle ausgesprochen reizbar. Es tritt Hyperämie, Exsudation, Emigration, Nachbildung der Gewebs- und Blutzellen, Bildung von Immunstoffen usw. ein. Die Aktivierung der Mesenchymzellen erfolgt sowohl am Orte der Schädigung wie auch in der Blutbahn und an der Bildungsstätte der beweglichen mesenchymalen Zellen, wie der Fibroblasten, Leukozyten, Angioblasten usw. Und zwar findet eine ausgesprochene Vermehrung der Zellen statt. Geklärt ist noch keineswegs die Frage, inwieweit einzelne Reize gerade bestimmte

Digitized by Google

Zellgruppen treffen können. Als besondere Teilwirkung der Reize kann man die Einwirkung auf die Gefäße und die Begünstigung des schnelleren Zerfalles schon geschädigter Zellen auffassen. Ob eine Funktionssteigerung oder gar ein Funktionswechsel der Mesenchymzellen erfolgen kann, ist nicht ganz sicher, aber bei vielen Zellen doch sehr wahrscheinlich. Am eigenen Körper werden von den Mesenchymzellen nur geschädigte oder abgestorbene Zellen phagozytiert, außerdem Bakterien, wenngleich sich die Mesenchymzellen besonders pathogenen Bakterien gegenüber auch passiv verhalten können. Phagozytose erfolgt weiterhin bei fremdartigen Zellgebilden geringer Teilchengröße (rote Blutkörper, Eiweiß, kolloidale Farbstoffe usw.). Die verdaulichen Bestandteile werden fermentativ beseitigt; die unverdaulichen, wie Metalle, Kolloide, Farbstoffe, werden an Ort und Stelle gespeichert oder abtransportiert. Gesunde Ekto- und Entodermzellen werden von den Mesenchymzellen nicht angegriffen, dagegen im Untergang begriffene. Auch beim Karzinom werden nur die geschädigten und absterbenden Zellen von den Mesenchymzellen angegriffen. Es besteht eine dauernde Wechselwirkung zwischen den Parenchymzellen und ihrer mesenchymalen Umgebung durch das Stroma, das durch verschiedenartige Reize auch verschieden beeinflußt werden kann. Bei akuten Reizungen sammeln sich die aktiven mesenchymalen Wanderzellen im Stroma; bei chronischen wachsen auch die ortsständigen Mesenchymzellen wie Fibro- und Angioblasten. Auch das Karzinom kann durch sein Wachstum und seinen Bau auf das Stroma einen formativen Reiz ausüben, indem auf schnell wachsende und sich häufig teilende Zellen auch das Stroma mit gesteigerter Reaktion antworten kann. Andererseits bleibt manchmal der formative Einfluß gering oder fehlt gänzlich. In dem Kampfe zwischen Antigen und Gewebe sind noch eine Reihe innerer und äußerer Momente mitbestimmend, so Konstitution, Alter, Ernährungszustand usw. Die voll lebenskräftige und im Verbande gesicherte Karzinomzelle ist von den Mesenchymzellen nicht angreifbar, sondern nur die geschädigte, so daß man z. B. mit Hilfe von Röntgenstrahlen das Gleichgewicht zwischen Gewebe und Antigen zugunsten des ersteren beeinflussen kann. Auch andere Momente wirken begünstigend, indem sie den Einfluß der mesenchymalen Angreifbarkeit unterstützen, so das Erysipel, große Mengen parenteral zugeführten Eiweiß. Die Resistenz der voll lebenskräftigen Zelle, so auch der im Ernährungsverbande gesunden Karzinomzelle kommt durch die Widerstandsfähigkeit des lebenden Protoplasmas gegenüber fermentativen Einflüssen zustande. Ein typisches Beispiel hierfür ist die Vitalfärbung, die erst nach dem Untergehen der Zelle eintreten kann, so daß es sich eigentlich um eine Mortalfärbung handelt. Auf diese Weise ist es auch gänzlich unmöglich, eine Aktivierung der Mesenchymzellen gegen das Karzinom zu betreiben, ohne daß man vorher die Tumorzellen schwer geschädigt hat, z. B. durch Röntgenstrahlen.

E. Langer-Berlin.

Experimentelle Studien zur pathologischen Physiologie des Mesenchyms und seiner Stoffwechselleistungen bei Infektionen, von H. Oeller. (Krankheitsforschg., 1925, Bd. 1, H. 1, S. 28.) Die Bedeutung des Mesenchymzellenapparates bei der parenteralen Abwehr infektiöser Prozesse hat Verf. an Hand ausgedehnter Tierexperimente zu klären versucht. An Stelle infektiösen Materials, das ungenauere Versuchsbedingungen ergab, bediente sich der Verf. bei seinen Untersuchungen des durch intravenöse Injektion von Hühnerblut beim normalen Meerschweinchen hervorgerufenen Krankheitsbildes, das sich auch bei Tieren studieren läßt, deren innere Abwehrbedingungen in willkürlicher Weise verändert werden. Die Reaktion gegen Hühnerblut gestaltet sich beim Normaltier in der Weise, daß der Infekt erst nach Überschwemmung des gesamten Organismus langsam in bestimmten Organen, namentlich in Leber und Milz, zum Haften kommt, wo die Lokalisation hauptsächlich durch einen humoralen, auf lokale Zelltätigkeit zurückgehenden Verklumpungsprozeß, zum Teil auch durch Phagozytose der Gefäßwandzellen dieser Organe zustande kommt. Neben dieser, der Lokalisation und Zerstörung des geformten Hühnerblutes dienenden phagozytären Gefäßwandzellreaktion läuft eine zweite, in ihrem Wesen noch ungeklärte, allgemeine Gefäßwandzellreaktion ab, die, ebenso wie die erste, bereits in den ersten Versuchsminuten beginnt, aber erst, wenn die erstere ihren Höhepunkt erreicht hat, mächtiger wird. Diese Gefäßwandzellreaktion allgemeiner Art, die besonders stark in den Lungen, in der Milz und im Knochenmark ausgesprochen ist, wird charakterisiert durch eine lymphoid-plasmazelluläre Neubildung adventitiell retikulärer Zellen und durch eine nicht unerhebliche, zur Desquamation führende Wucherung des Endothels. Hauptsächlich liefert die adventitielle Reaktion in zahlreichen Organen Zellen verschiedener Differenzierung, besonders lymphozytäre Elemente, echte Plasmazellen, zum Teil auch Granulozyten. Der Parallelismus zwischen

Digitized by Google

dem Fortschreiten der Fremdbluthämolyse und dem Auftreten der reaktiven Vorgänge allgemeinerer Art am Gefäßwandsystem weist darauf hin, daß diese Reaktionen mit dem Entstehen gelöster, in den allgemeinen Kreislauf gelangender Hühnerblutstoffe in Zusammenhang stehen. Diese Annahme fand ihre Bestätigung darin, daß es durch Injektion bereits gelösten Hühnerblutmaterials (Hühnerhämoglobinlösung) gelingt, die zellulären Reaktionen allgemeiner Art zu beschleunigen und rasch zur Differenzierung spezifischer Zellprodukte zu führen, unter denen lymphoide, große Zellelemente vorherrschen. So können diese zellulären Reaktionen allgemeinerer Art zweifellos mit dem Reiz in Zusammenhang gebracht werden, den die löslichen oder gelösten Stoffe im ganzen Organismus gleichsinnig bedingen. Das Wesen der parenteralen Giftbeseitigung stellt sich demnach in der Weise dar, daß geformtes Material entweder unter Mitwirkung von Gefäßwandzellen in bestimmten Organen intravasal verklumpt und aufgelöst oder von Zellen aufgenommen und verdaut wird; in der gleichen Weise wird auch gelöstes Material zellulär beseitigt und von denselben Zellen, die geformtes Material phagozytieren, gespeichert. Die Zellreaktionen allgemeinerer Art stellen die Antwort des Organismus auf die Überschwemmung des Organismus mit gelösten Stoffen dar, wodurch der allgemeine Kreislauf von fremden Reizen befreit und lebenswichtige Parenchyme vor Giftschäden bewahrt werden. Dabei können fern von dem eigentlichen Sitz der geformten Krankheitsursache durch Vermittlung der Lösungsprodukte große Strecken des Gefäßwandapparates in Lungen, Leber, Milz, Knochenmark und Drüsen in den Zustand entzündlicher Reaktion geraten. In ähnlicher Weise würden auch die bei chronischen Infektionen häufigen, mitunter weit im Körper verbreiteten Adventitialveränderungen, namentlich an kleineren Gefäßen verständlich, wie z. B. bei der Lues, in denen wir natürlich vergeblich nach dem geformten Virus suchen würden. Aus den Versuchen geht noch weiter hervor, daß die Überschwemmung des Allgemeinorganismus mit den Giftstoffen nur beim Normaltier statthat, während beim Immuntier dieser Übergang in den allgemeinen Kreislauf durch entzündliche, zelluläre Vorgänge am Applikationsort selbst verhindert wird. Für das Wesen der Immunität spielen alle diese zellulären Reaktionen zweifellos eine bedeutende Rolle, den spezifische Beziehungen gegenüber dem gleichen Antigen innewohnen. B. Peiser-Berlin.

Experimentelle Untersuchungen zur Lehre von der Entzündung, von H. Groll, Path. Inst. Univ. München. (Krankheitsforschg., 1925, Bd. 1, H. 1, S. 59.) Versuche Siegels über den Einfluß von Säure und Alkali auf die Leukozytenauswanderung ergaben, daß die durch Reizung erfolgte Entzündung, speziell die Leukozytenemigration, auf der sauren, alkalischen und unbehandelten Stelle gleich stark verlief. Die Untersuchungen erfolgten an den Schwimmhäuten von Fröschen, die nach Setzen des entzündlichen Reizes in Säure, Alkali oder Wasser getaucht wurden, ferner an der Brust- und Bauchwand von Ratten und Meerschweinchen sowie an Froschextremitäten durch Hindurchleiten des elektrischen Stromes. Niemals hat die künstliche Erzeugung eines H-Ionengefälles an der Entzündungsstelle oder sonst im Gewebe eine vermehrte Leukozytenauswanderung zur Folge gehabt. In Fortsetzung dieser Versuche fand Groll beim Froschexperiment im Anodenbein eine Anreicherung von H-Ionen, der im Kathodenbein wohl eine solche von OH-Ionen entspricht. Diese OH-Hyperionie wirkt aber offenbar nicht in gleichem Grade schädigend wie die H-Hyperionie; denn aus den Versuchen geht hervor, daß die Zirkulation weniger beeinflußt ist, sich länger erhält, auch eine Erholung und Wiederherstellung der Zirkulation möglich ist, daß ferner die elektrische Erregbarkeit der Muskulatur länger erhalten bleibt und keine so rasche Ermüdung auftritt wie bei der Einwirkung von H-Ionen. Letztere scheinen aber nicht ohne weiteres als Ursache der Schädigung anzusehen zu sein, sondern die H-Hyperionie bildet sich offenbar erst als sekundäre Folge einer primären Gewebsschädigung, Zirkulationsstörung aus, um dann schließlich wieder schädigend weiter zu wirken.
B. Peiser-Berlin.

Über die diathetischen Hautentzündungen, von F. Šamberger-Prag. (W. m. W., 1925, Nr. 6, S. 374; Nr. 13, S. 753.) In diesem ersten Teile seines Aufsatzes bespricht Verf. aus der Reihe der diathetischen Dermatosen die Dermatitis exfoliativa, die Psoriasis und den Lichen ruber. Bei der Dermatitis exfoliativa kommt er zu dem Schlusse, daß es sich um eine Erkrankung handelt, die auf einer a priori schwachen oder akquiriert geschwächten Vitalität der Haut beruht, für die wiederum der Grund in einer kapillaroplegischen Ursache zu suchen ist. Daher wird es auch erklärlich, warum an die verschiedensten Erkrankungen sich die Dermatitis exfoliativa anschließen bzw. warum sie auf mannigfaltige Weise ausgelöst werden kann. Immer handelt es sich um

Digitized by Google

Personen, bei denen von Anfang an eine Vasoplegie besteht oder durch andere toxische Ursachen hervorgerufen wird, wie Alkohol, Salvarsan, Hg u. a., oder als die Folge einer andersartigen Dermatose zustande kommt, wie nach Psoriasis, Lichen usw. Bei der Psoriasis bzw. dem Lichen ruber handelt es sich um eine abgeschwächte bzw. übermäßig gesteigerte Vitalität der zur Verhornung bestimmten Zellen. Es resultiert hieraus bei der Psoriasis die Parakeratose und beim Lichen ruber die Hyperkeratose. Hieraus ist auch die Chronizität des Leidens bei diesen beiden Gruppen erklärbar. Neben dieser Disposition, die in der Haut des Betreffenden ruht, kommen alle möglichen Gelegenheitsursachen in Frage, durch die die Erkrankung ausgelöst werden kann. Dementsprechend muß sich z. B. bei der Psoriasis die Therapie in erster Linie darauf einstellen, die abgeschwächte Zellvitalität zu heben. Dies wird in erster Reihe durch Arsen erreicht, das die Vitalität der Hornzellen zu steigern geeignet ist, wie es z. B. durch die Arsenhyperkeratosen andererseits bewiesen wird; ferner kommen in der Jugend die Thymus, im späteren Leben die Geschlechtszellen als die Vitalität der Hornzellen hebend in Frage, so daß man zur Therapie Thymus-, ovarielle und orchitische Hormone heranziehen soll. Im Gegensatz zu der Anschauung Buschkes glaubt Verf. die Ursache des Lichen ruber in einer hyperkeratotischen Diathese suchen zu müssen, aus der infolge irgend eines Reizes entweder ein Lichen ruber oder aber ein lichenoides Exanthem sich entwickeln kann. Ein solcher Mensch kann auf jeden Reiz mit Effloreszenzen von lichenoidem Typ reagieren. Da also ätiologisch eine Vielheit von Ursachen in Frage kommt, wäre es gezwungen, einen bisher auch noch gar nicht nachgewiesenen Erreger anzunehmen. Unter anderem kann auch das Salvarsan bei einem hyperkeratotischen Diathetiker die Keratinisationsvorgänge so steigern, daß ein Lichen ruber oder ein lichenoides Exanthem die Folge ist. Diese hyperkeratotische Diathese kann angeboren oder erst im Laufe des Lebens erworben sein. Zur Erklärung der Entwicklung der Lichenefloreszenzen nimmt Verf. an, daß der durch die Verhornung bedingte Sauerstoffmangel und damit die Erschwerung der Hautatmung in den Papillen zu dem histologisch typischen Aufbau der Lichenefloreszenz führe. Pathologisch-anatomisch setzt sich die Erkrankung aus Entzündung und einer Hypersekretion von Lymphe zusammen. Daher ist „der Lichen ruber am häufigsten ein Ekzem, manchmal vielleicht auch eine Urtikaria und möglicherweise eine Neurodermitis". E. Langer-Berlin.

Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung des hyperämischen Entzündungshofes, von L. Török und E. Rajka-Budapest. (W. m. W., 1925, Nr. 6, S. 383.) Nach entzündungserregenden Einwirkungen findet man um die eigentliche entzündliche Hyperämie herum noch einen hyperämischen Hof, der die erstere in weitem Umkreise umgibt, nie zum Sitze eines entzündlichen Ödems und zelligen Infiltration wird und rascher als die eigentliche Hyperämie verschwindet. Es handelt sich hierbei um eine reflektorische Hyperämie des Entzündungshofes, die durch einen kurzen, lokalen Reflex — einen sogenannten „Axonreflex" — ausgelöst wird, bei dem die „Erregung der sensiblen Nervenfaser nur so weit zentralwärts geleitet wird, als sich eine vasodilatatorische Faser von ihr zum Gefäße abzweigt, auf welche die Erregung zum Gefäße geleitet wird". Diese Folgerung hat sich daraus ergeben, daß die reflektorische Hyperämie zwar hervorgerufen werden kann, wenn eine Unterbrechung der Nervenleitung erst vor kurzem erfolgt ist; hat dies aber schon vor längerer Zeit stattgefunden und ist infolge vollständiger Ausschaltung des Nerven die Haut gänzlich empfindungslos, so tritt die reflektorische Hyperämie nicht ein, da in diesem Falle die Endverzweigungen des Nerven degeneriert sind, da sie von ihrem trophischen Zentrum getrennt sind. Ebenso verhalten sich die betreffenden Stellen nach einer Betäubung der sensiblen Nervenendigungen durch Infiltrationsanästhesie. Es ist demnach wahrscheinlich, daß die Entstehung des hyperämischen Entzündungshofes an die Unversehrtheit und Funktionstüchtigkeit der Nervenendverzweigungen geknüpft ist, und daß es sich demnach um einen kurzen, peripheren Axonreflex handelt und nicht, wie auch Verf. früher glaubte, um einen wahren Rückenmarksreflex. E. Langer-Berlin.

Allergie und Leukozytensturz, von H. Hahn und C. v. Bramann-Berlin. (Kl. W., 1925, Nr. 8, S. 353.) Aus ihren experimentellen Versuchen bezüglich des Einflusses der intrakutanen Injektion und der Pilokarpineinwirkung auf die Leukozytenzahl schließen die Verff., daß der Hautzustand für den Ausfall der Reaktion nicht verantwortlich sei. Die Auswirkung des intrakutanen Hautreizes geht über einen Reflexbogen, der irgendwie zum Rückenmarksgrau in Beziehung tritt, und da der Einfluß der Pilokarpininjektionen auf das weiße Blutbild sowohl zeitlich wie auch quantitativ ein auffallend gleichmäßiger ist, nehmen Verff. an, daß der Reflexbogen mit dem Vagusanteil

Digitized by Google

des vegetativen Nervensystems zu identifizieren ist. „Wenn aber die maximalste und unmittelbarste überhaupt bekannte Reizung des Vagus nicht regelmäßig zum Leukozytensturz führt, dann kann auch ein noch so gesteigerter Reizzustand, eine noch so erhöhte Erregbarkeit des Vagus nicht die Ursache für die Bereitschaft zu dieser Reaktion, und gerade nur zu dieser, nach einem verhältnismäßig so schwachen Reiz wie die Intrakutaninjektion sein." Hieraus glauben die Verff. gleichfalls auch die Berechtigung zu ziehen, die Lehre von den Vagotonien ganz allgemein anzuzweifeln.

E. Langer-Berlin.

Über funktionelle Unterbrechung der physiologischen Reizleitung zwischen Haut und Blutbahn durch Lichenifikation, von E. F. Müller-Hamburg-Eppendorf. (M. m. W., 1925, Nr. 4, S. 125.) Intrakutane Injektionen von Aolan, die bei Gesunden den von Müller gefundenen und vielfach veröffentlichten Leukozytensturz hervorriefen, hatten diese Wirkungen bei drei Leuten mit lichenifizierter Haut nicht, obwohl anderswo angreifende Methoden sie im Gefolge hatten. Es handelt sich also um eine periphere Unterbrechung.

A. v. Notthafft-München.

Die „L.-V.-R.", von C. Kreibich. (W. m. W., 1925, Nr. 6, S. 355.) Verf. erläutert an einer Reihe von Beispielen seine Anschauung über die L.-V.-R. (lokale vasomotorische Reaktion Ebbecke) und kann sich im großen und ganzen der Theorie Ebbeckes anschließen, die vorläufig die einzig brauchbare Arbeitshypothese darstellt. „Bei einer antidromen Reizung sensibel-vasodilatatorischer Nerven ist es denkbar, daß infolge der starken Reizung an den peripheren Nervenendigungen oder in den zugehörigen Zellen Zersetzungsprodukte gebildet werden, die eine Erweiterung der Kapillaren bewirken. Die sensiblen Nerven würden so als sekretorische und trophische Nerven wirken." Trotzdem Verf. im großen und ganzen auf dem Boden dieser Theorie steht, hat er doch gewisse Bedenken bezüglich der Stoffwechselprodukte. Außerdem weist er auch an der Hand von Beispielen darauf hin, daß in gewissen Fällen eine, wenn auch noch ungeklärte Abhängigkeit des peripheren autonomen Apparates von dem zentralen besteht.

E. Langer-Berlin.

Der funktionell-experimentelle Gedanke in der Dermatologie, von Bloch, Derm. Kl. Zürich. (W. m. W., 1925, Nr. 6, S. 333.) An einer Reihe von Beispielen demonstriert Verf. die Bedeutung der neueren funktionell-experimentellen Methodik für die Dermatologie. Neben die früher gepflegte Zellularpathologie oder Zellularmorphologie ist mit der gleichen Bedeutung die Zellularphysiologie getreten.

E. Langer-Berlin.

Biochemische Untersuchungen von Hautkrankheiten. Bemerkungen zur Arbeit von G. Stümpke und G. Soika, von E. Pulay-Wien. (M. Kl., 1925, Nr. 8, S. 290.)

Schlußwort von G. Stümpke und G. Soika. (M. Kl., 1925, Nr. 8, S. 290—291.) P. stellt fest, daß die von ihm als Normalwerte angegebenen Zahlen nicht von ihm „aufgefunden", sondern mit den Angaben der Fachliteratur übereinstimmen. Die von St. angenommenen U- und Zuckerwerte werden als unrichtig bezeichnet; jedoch fehlen noch sichere Methoden zur quantitativen U-Bestimmung im Blute. Die jeweilig bestehenden Ernährungsverhältnisse spielen auch eine Rolle; eine Standarddiät wird abgelehnt. St. und S. weisen Unstimmigkeiten in den verschiedenen Veröffentlichungen P.s nach und wenden sich gegen die Willkür, mit der er experimentelle Ergebnisse verwertet, und gegen die Kühnheit, mit der er Hypothese auf Hypothese häuft.

E. Levin-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 29 (Bd. 81) 18. Juli 1925

Aus der Hautklinik der städtischen Krankenanstalten in Dortmund.

Über Blastomycosis superficialis erosiva.

Von

Prof. Dr. Joh. Fabry.

Mit 2 Abbildungen im Text.

Bezüglich der neueren Literatur über Blastomycosis cutis verweisen wir auf das erschöpfende Referat von Buschke und Rosenbaum im Zbl. f. Haut- und Geschlechtskrkh., 1924, Bd. 13, S. 305ff. Was uns in diesem besonders interessiert und sich durchaus mit unseren Anschauungen deckt, ist die Auffassung Buschkes, daß es notwendig und berechtigt ist, nach den bisherigen Mitteilungen in der Literatur eine besondere Gruppe als „oberflächliche Blastomykose" zu bezeichnen. Die Bezeichnung Oidiomykose scheint Buschke nur zum Teil gerechtfertigt, und den Ausdruck Soormykose lehnt er vollständig ab. Indem wir auch auf das Referat Buschkes über die botanische Stellung der von den Autoren beschriebenen Parasiten und ihre verschiedenartige Deutung hinweisen sowie auf eine Arbeit Samsons aus der Dortmunder Klinik (Mitteilung zur Morphologie und zum biologischen Verhalten der bei der Erosio interdigitalis blastomycetica gezüchteten Hefepilze. Derm. W., 1923, Nr. 22) soll heute an der Hand neuen Materials zur Klinik der oberflächlichen Blastomykose Stellung genommen werden und der Versuch gemacht werden, durch Beschreibung der klinischen Merkmale die Gruppe weiter abzugrenzen. Auf die Erosio interdigitalis blastomycetica brauchen wir nicht mehr näher einzugehen, da die Symptome wohl ausreichend festliegen. Auch durch die Untersuchungen in der Klinik Buschkes wurde bestätigt, daß es sich nicht um Soorpilze, sondern um Debaryomyzes handelt. (Zbl.-Ref. von Buschke, Rosenbaum, l. c. sowie speziell die Arbeiten von Ota aus derselben Klinik.)

Aus den Untersuchungen an unserer Klinik aus den Jahren 1923 und 1924 sei kurz mitgeteilt, daß stets, wenn das typische ausgesprochene Bild der Erosio interdigitalis vorlag, auch die Hefen nachgewiesen werden konnten, daß nebenbei sich meistens Staphylococcus aureus oder albus kulturell nachweisen ließ.

In zwei Fällen von Eczema marginatum ad mammam konnten gleichfalls Hefen nachgewiesen werden; jedenfalls ist es berechtigt, nach dieser Richtung weitere Untersuchungen anzustellen.

Bereits im Jahre 1924 hatten wir bei einem typischen Fall von Intertrigo ad genitale, also in der Leistengegend und in der Regio supra-

Digitized by Google

pubica, einen positiven Hefenbefund. Dieses gab uns Veranlassung, auch dieser Frage nachzugehen. In einem zweiten Fall fanden sich nur Staphylococcus aureus und albus, aber keine Hefen. Vor kurzem beobachteten wir wieder einen Fall, den ich ausführlich wiedergeben möchte.

Pat. Frau Bö., Alter 45 Jahre, von relativ gesundem Aussehen und mäßiger Adipositas. Vater 96 Jahre alt gestorben, Mutter 72 Jahre alt, sechs Geschwister, alle gesund. Pat. war nie ernstlich krank. Seit Juli 1924 verspürte sie viel Durst, fühlte sich aber wohl. Seit der Zeit besteht Wundsein ad genitale und heftiges Jucken. Der Ausschlag heilte zeitweilig ab, um stets wieder aufzutreten; seit drei Wochen ist eine Verschlimmerung eingetreten.

Abb. 1. Blastomycosis superficialis (Fall Bö.).

Befund: In der Inguinalgegend beiderseitig, in der Gegend der Falten der großen Labien, an der Klitoris und an den kleinen Labien typische Erosionen mit Ansatz zur Epithelisierung, ähnlich wie bei der Erosio interdigitalis. Bei dieser Intertrigo inguinalis ist die Anordnung der Erosion netzförmig und kommt dadurch zustande, daß eben Erodierung mit Ansatz zu Epithelisierung abwechselt. Das ist aber das Charakteristische der Erkrankung, und in solchen Fällen sollte man immer auf Hefen untersuchen. Im Urin 6% Zucker, wovon Pat. bis dahin nichts wußte.

Mit Rücksicht auf den oben erwähnten Fall wurden Schuppen auf Hefen untersucht, und das kulturelle Ergebnis lautete: 1. Hefen positiv, 2. Streptokokken positiv.

Unsere Diagnose lautete daher: Erosio superficialis blastomycetica. Diabetes.

Die Frage des Zusammenhanges des Diabetes mit der Hautaffektion im Sinne der Diabetide der französischen Autoren beansprucht natürlich unser größtes Interesse und bedarf weiterer Klärung. In unserem Falle hat jedenfalls die Hautaffektion zum Nachweis des Diabetes geführt, von

Digitized by Google

dem die Pat. keine Ahnung hatte. Quantitativ fanden sich sogar 6% Saccharum. Sitz und Verteilung der Erkrankung sind durch die Photographie wiedergegeben (Abb. 1).

Auf den Zusammenhang von ähnlichen Hautaffektionen, die durch den Soorpilzen nahestehende Hefen oder eigentliche Hefen hervorgerufen werden, mit Diabetes haben auch bereits SPIETHOFF und EHRMANN hingewiesen.

Auch in dem folgenden Fall lautete unsere Diagnose auf Blastomycosis superficialis blastomycetica. Der Verlauf und Befund ist allerdings in mancher Beziehung von dem eben beschriebenen abweichend.

Pat. Bu., 40 Jahre alt, war früher nie haut- oder geschlechtskrank, ist auch sonst nie ernstlich krank gewesen. Beginn der jetzigen Krankheit vor fünf Monaten mit einer bohnengroßen Rötung an der Beugeseite des linken Handgelenkes am kleinen Fingerballen. Von der gerötеten Hautpartie lösten sich Schuppen ab; nach einigen Wochen, im Anschluß an eine große Wäsche im Haushalt, erodierte die gerötete Partie. Pat. behandelte sich mit essigsaurer Tonerde und Borsalbe. Allmählich kroch die Erosion weiter auf den Ballen des kleinen Fingers, während die entgegengesetzte Seite sich überhäutete. Zugleich breitete sich die Affektion nach den Seiten aus.

Befund: Linker Kleinfingerballen stark geschwollen und sehr druckschmerzhaft. In der Mitte des Ballens von der Mitte der Hohlhand beginnend, über den Ballen wegziehend, bis fast auf den Handrücken reichend, findet sich eine fast wie ein Fragezeichen geformte, durchschnittlich 4—5 cm breite Erosion. Der distale Rand ist bis auf 1 bis 2 mm unterminiert, am proximalen Rand sieht man das frische Epithel sich über die erodierte Partie schieben. Die Haut des Kleinfingerballens, über welche die Erosion sich allmählich verbreitet hat, ist in Ausdehnung eines Dreimarkstückes leicht gerötet; sonstige Komplikationen bestehen nicht. Die Photographie zeigt den Status, als die Affektion bereits im Abheilen begriffen war (Abb. 2).

Abb. 2. Blastomycosis superficialis (Fall Bu.).

Therapie: Regelmäßiges Abtragen des kragenförmigen Randes, Argentumpinselungen mit nachfolgender Bestrahlung mit der Kromayerlampe und Borsalbe. Das Abtragen des unterminierten Randes ist für den Erfolg der Behandlung wichtig, da unter demselben sich die Hefen festnisten. Das Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung eines Stückchens von dem kragenförmigen oberen Rand, dem Teil der Erosionen, wo ein Fortschreiten zu bemerken war, lautete auf Hefen.

Diagnose: Das eigentümliche Aussehen, der Verlauf und die schlechte Heilungstendenz der Erosion erinnerte vor allem durch den kragenförmigen unterminierten Rand sofort an die Erodierung, wie wir sie bei der Erosio interdigitalis gesehen, und deshalb untersuchten wir Stellen vom Rand auf Hefen in der Annahme, daß eine jener Erkrankung analoge Affektion vorliege. Unsere Vermutung wurde durch die bakteriologische Untersuchung bestätigt.

Man sollte also bei oberflächlichen Affektionen von erosivem Charakter und scharf absetzendem kragenförmigem Rand es niemals unterlassen, auf Hefen zu untersuchen, und zwar nicht nur im Ausstrich, sondern auch kulturell. Zweifellos handelt es sich um äußerst seltene Erkrankungen. Während wir von der Erosio interdigitalis blastomycetica doch alljährlich mehrere Fälle sehen und jetzt über 60 Fälle beobachtet haben, nebenbei mit positivem Hefenbefund, scheint der eben beschriebene Fall

Digitized by Google

äußerst selten zu sein, und wir erinnern uns nicht einer ähnlichen Beobachtung.

Die Fälle werden wohl meist als Geschwüre mit schlechter Heilungstendenz und unbekannter Ätiologie geführt, kommen auch wohl öfter zur schließlichen Abheilung, ohne daß ihre Natur erkannt wurde; denn es bleiben ja oberflächliche Prozesse. In früheren und auch schon in meiner ersten Publikation über Erosio interdigitalis blastomycetica habe ich hervorgehoben, daß die Interdigitalräume II, III, IV an den Händen erkranken, während der I. Interdigitalraum zwischen Pollux und Index nie erkrankt. An den Füßen erkranken alle Interdigitalräume gleichmäßig, weil dort der Hallux nicht absteht; alle vier haben also die gleichen günstigen Bedingungen für das Einnisten der Hefen.

Luftabschluß scheint, so nehmen wir das für die interdigitalen Affektionen an, der Erkrankung günstig zu sein. Die gleichen Bedingungen treffen auch für intertriginöse Prozesse zu. Die heutige Beobachtung und Mitteilung zeigt, daß ausnahmsweise sich auch ohne Luftabschluß eine Erosio blastomycetica entwickeln kann; sie soll bei der anscheinend großen Seltenheit der Affektion zu weiteren Beobachtungen anregen.

Ein weiteres geeignetes Objekt für die Hefeforschung sind gewisse Fälle von sogenanntem Eczema marginatum mammae. Ich möchte kurz berichten, daß es uns doch einige Male gelungen ist, auch kulturell dabei Hefen nachzuweisen. Eine Beobachtung teile ich deshalb mit, weil zwei Schwestern an derselben Mammaaffektion litten und weil dies den Verdacht einer Übertragung erweckte. Es gelang in dem einen Fall Hefen nachzuweisen, in dem anderen nicht; beide Fälle waren unbehandelt. Auch im vorigen Jahre hatten wir wieder bei einem jungen Mädchen mit Eczema marginatum mammae einen positiven Hefebefund. An dieser Stelle sei auch auf die Arbeit Kumers aus der Riehlschen Klinik hingewiesen, welche sich am eingehendsten auch mit der Frage der klinischen Symptome befaßt.

Zur Untersuchung sollte man nur typische Fälle nehmen, und typisch sind sie, wenn sie serpiginös und kontinuierlich an der Brust auftreten, mit der Mammilla als Mittelpunkt und mit scharf marginal absetzenden Rändern. Meist war bei diesen Affektionen auch bei uns das Ergebnis negativ; man sollte aber besonders Fälle von erosivem Charakter kulturell auf Hefen untersuchen. Das Charakteristische der von uns als Blastomycosis superficialis erosiva zusammengefaßten Gruppe, für die in der Tat nur Hefen ätiologisch in Frage kommen, ist demnach der scharf marginal absetzende Rand und die Neigung der ekzematoiden Erkrankung zur Erodierung. Für die Untersuchung auf Hefen nimmt man am besten Schuppen vom Rande oder von den Epithelinseln.

Zusammenfassend möchten wir also vorläufig folgende Anhaltspunkte für die Diagnose aufstellen:

1. Ungemein chronischer Verlauf bei geringen Beschwerden.

2. Vorwiegende Lokalisation und Beschränkung des Prozesses auf die Interdigitalräume, häufiger an den Händen als an den Füßen; andere Lokalisation scheint nach den bisherigen Untersuchungen äußerst selten zu sein.

Digitized by Google

3. Auch bei den intertriginösen Ekzemen (Diabetiden) und bei dem bekannten Eczema marginatum mammae finden sich zuweilen Hefen. Ob es sich um Zufallsbefunde hier handelt, oder aber ob die Hefen ätiologisch eine Bedeutung haben, ist noch durch weitere Untersuchungen festzustellen.

4. Unsere eigenen Untersuchungen sowie zahlreiche Mitteilungen aus der Literatur scheinen unsere ursprüngliche Annahme zu bestätigen, daß die bekannte Erosio interdigitalis immer durch Hefen hervorgerufen wird, daß man sie also als Erosio interdigitalis blastomycetica oder saccharomycetica zu bezeichnen berechtigt ist. Die Hefen sind bei der Erosio interdigitalis ein beständiger Befund; ihre ätiologische Bedeutung ist nicht mehr zu bezweifeln.

5. Auf die botanische Stellung der Hefen speziell zu Oidium soll hier nicht näher eingegangen werden; über die Gruppierung und ihr Verhältnis zu Oidium verweisen wir auf das Sammelreferat von BUSCHKE und ROSENBAUM.

6. Immer wird es sich lohnen, chronisch und kontinuierlich verlaufende oberflächliche erosive Prozesse der Haut auf Hefen im Ausstrich und kulturell zu untersuchen; dabei ist zu bedenken, daß Beobachtungen wie die ausführlich mitgeteilten ganz gewiß mit zu den größten Seltenheiten gehören, während die Erosio interdigitalis doch von Zeit zu Zeit regelmäßig von uns beobachtet wird.

7. Eine klare Übersicht über die verschiedenen klinischen Typen der oberflächlichen Blastomykosen zu gewinnen, ist heute noch nicht möglich; auch ist es besser, das, was als Oidiomykosis beschrieben wird, in allgemeine akut verlaufende und lokalisiert auftretende scharf zu trennen. Aus allem, was bis jetzt in der Literatur zu finden ist, hebt sich die Erosio interdigitalis doch als ein typisches prägnantes Bild hervor, mag man die Parasiten nunmehr den Oidiomyzeten oder den Blastomyzeten zurechnen oder sie als eine Zwischengruppe bezeichnen.

Aus der Chirurgischen Universitätsklinik und Poliklinik in Berlin
(Direktor: Geheimrat BIER).

Zu der Arbeit: Eigenartige Dermatose bei Polyzythämie.

Von

Dr. W. RICHTER.

Mit 1 Abbildung im Text.

PICK und KATZNELSON berichten in der Dermatologischen Wochenschrift über eine eigenartige Dermatose bei Polyzythämie, zu der wir Stellung nehmen wollen, da ein Parallelfall, dessen Krankengeschichte wir im folgenden wiedergeben, uns zu einer anderen Ansicht geführt hat.

Oskar L., 65 Jahre alt, Maler. Familienanamnese o. B., mit 20 Jahren Lues. 1912 plötzlich beginnende Atemnot, Herzklopfen, das so weit ging, daß Pat. seinen Beruf nicht mehr ausüben konnte. Zu gleicher Zeit trat eine immer stärker werdende Rötung und Knötchenbildung im Gesicht auf.

Digitized by Google

Damaliger Befund: Milztumor, Polyzythämie, Dilatationen und Hypertrophia cordis. Tonus 175, Erythrozyten 9,5000000, Leukozyten 15000, Hämoglobin 160%. Unter Hochfrequenz, Sauerstoffinhalationen, Aderlaß und symptomatischer Herzbehandlung besserte sich das Befinden, so daß der Pat. seine Arbeit wieder aufnehmen konnte. Januar 1923 traten wieder die alten Beschwerden ein, so daß er sich erneut in ärztliche Behandlung begeben mußte.

Befund: Milztumor, Polyzythämie.

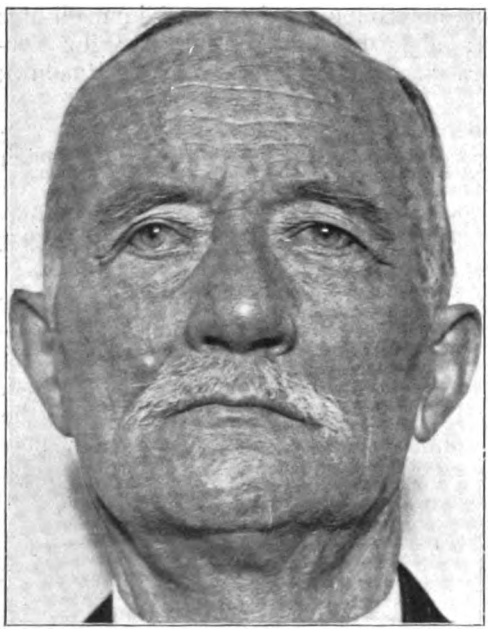
Folgendes Blutbild: Erythrozyten 8,7000000, Leukozyten 19300, Färbeindex 0.6.

Unsegment. Leukozyten 34% } 86%,
Segment. „ 52% }

Eosinophile 7%, Lymphozyten 5%, Mastzellen 2%.

Senkungsgeschwindigkeit: Stark beschleunigt.

Pat. erhielt therapeutisch Röntgenbestrahlung der Milz und der Knochen der Ober- und Unterschenkel. Es trat dann wieder eine erhebliche Besserung ein. Ende Dezember 1923 zeigte sich zunehmend Aszitis und Schwellung beider Beine. Nach Punktion der Aszites und symptomatischer Herzbehandlung besserte sich das Befinden. Pat. erhielt erneut Röntgenbestrahlung. April 1924.



Blutbild: Rote Blutkörperchen 6,7000000, weiße 10,700, Hämoglobin 98%, Färbeindex 0,85.

Trotz der Besserung der Polyzythämie hatte sich die Hautaffektion des Gesichts nicht zurückgebildet. Das Gesicht ist im allgemeinen bläulichrot verfärbt, mit zahlreichen Teleangiektasien. In der Umgebung der Nase zahlreiche entzündliche bis linsengroße Infiltrate, die Nase im ganzen verdickt, bei Kompression entleert sich Talg.

Diagnose: Polyzythämie, beginnendes Rinophym, Acne rosacea.

Pick und Katznelson glaubten die in ihrem Krankheitsbericht beschriebene Hautaffektion trotz ihrer Ähnlichkeit mit Acne rosacea nicht in diese Gruppe einreihen zu dürfen, sondern belegten sie mit dem Namen Acne urticata polycythaemica.

Als Grund hierfür führten die Verfasser das jeder Therapie trotzende Verhalten der Hautaffektion an, die erst nach Beseitigung der Polyzythämie zur Heilung gelangte, und schließen hieraus die Abhängigkeit beider Krankheitsbilder voneinander. Als weiteren Faktor zur Deckung ihrer Ansicht führen sie die gesteigerte vasomotorische Erregbarkeit der gesamten Haut an, die so weit ging, daß je nach dem Reiz die verschiedenen Stadien des Ekzems künstlich erzeugt werden konnten. Den Zusammenhang dieser Erregbarkeit mit der Polyzythämie erklären sie damit, daß nach dem Schwinden der letzteren auch die Erregbarkeit aufhörte, und nehmen an, daß die Reizung infolge Überernährung der vasomotorischen Zentren durch Übersättigung mit Sauerstoff erfolgt. Sie geben aber zu, daß diese Erklärung nicht genügt, da ja sonst jeder Fall von Polyzythämie dieselben Erscheinungen machen müßte, und suchen die Erklärung in

Digitized by Google

sekundären endokrinen Störungen. Hierzu möchten wir folgende Stellung einnehmen:

Wir wissen, daß jede Akne zwei ätiologische Momente hat, und zwar zunächst Seborrhoe plus Hyperkeratose und zweitens Dispositionserkrankungen, wie Dysmennorrhoe, Magen- und Darmstörungen, endokrine Störungen usw. In diese Gruppe ist auch die Polyzythämie nach unserer Ansicht einzureihen.

Was den therapeutischen Erfolg, den obige Verfasser als Beweisgrund der Abhängigkeit für ihre Erkrankungen von der Polyzythämie angeben, anlangt, so wissen wir, daß wir jede Acne rosacea, soweit wir in der Lage sind, die ätiologische Komponente festzustellen durch spezifische Bekämpfung derselben auch zur Abheilung bringen können.

Zu dem zweiten Faktor, der zur Erhärtung der Diagnose für die angegebene neue Dermatose angeführt wird, möchten wir sagen, daß wir häufig gerade unter Patienten mit verändertem Blutbild, sei es Klorose, Anämie usw., sog. Ekzematiker finden, die nach Besserung des Blutbildes auch ihre Disposition zur Ekzembildung verlieren.

Zusammenfassend müssen wir uns also auf den Standpunkt stellen, daß wir die angeführte neue Dermatose Acne urticata polycythaemica nicht anerkennen können und die von den Verfassern beschriebene Dermatose ebenso wie in unserem Fall in das Krankheitsbild der Acne rosacea einreihen müssen.

Literatur.

Pick und Katznelson, Eine neue Dermatose bei Polyzythämie. Derm. W., Bd. 80. Nr. 5.

Aus der Univ.-Hautklinik Jena.

Der Schwefel in der Gewebs- und Reiztherapie.

Von

B. Spiethoff.

Ganz im Gegensatz zu den früheren Jahrzehnten erwacht jetzt das Interesse für den Schwefel. Die Untersuchungen von Hugo Schulz erfolgten in einer Zeit, die für die von ihm angeschnittenen Fragen kein Verständnis hatte; sie war therapeutisch nicht eingestellt, namentlich nicht in dem Sinne, der heute durch die Reiztherapie gekennzeichnet wird. Es ist ja bekannt, daß die homöotherapeutische Schule in dem Schwefel stets eins ihrer Hauptmittel sah, und so kann es nicht wundernehmen, daß man heute, wo wir nicht mehr geneigt sind, so ohne weiteres kleinen und kleinsten Arzneimengen jede Wirkung abzusprechen, den neuerdings aufgestellten Anzeigen für den Schwefel seit altersher in der homöotherapeutischen Schule begegnet. Als Beispiel sei auf die Erfolge der parenteralen Schwefeltherapie bei Gelenkerkrankungen hingewiesen. Ich will keine historische Abhandlung über die Rolle des Schwefels in unserer Schule liefern; sie würde wenig förderlich sein, da bis vor nicht allzu langer Zeit die Diskussion nicht unter den Gesichts-

Digitized by Google

punkten stand, die uns heute fruchtbringend sind. Wir führen die Diskussion heute unter der Herrschaft der Reiz- und Gewebstherapie, des ARNDT-SCHULZschen-Reizgesetzes. Ich will nur einige Gebiete besprechen, auf denen ich den Schwefel mit und ohne Erfolg angewendet habe.

Rosacea cum Acne. Bei diesem Symptomenkomplex leistet der Schwefel gute Dienste in der Bekämpfung der vasomotorischen Erscheinungen in Form der Blutwallungen, die ja bekanntlich bei der Genese der Krankheitserscheinungen eine sehr große Rolle spielen. Der Schwefel paßt für jedes Lebensalter, für beide Geschlechter. Liegen besondere Momente noch im Gesamtkrankheitsbilde vor, die behandlungsbedürftig erscheinen, ich erinnere nur an die Störungen des Magen-Darmkanals, der Menses (Dysmenorrhoe oder Klimakterium), des Herzens, so müssen diese selbstverständlich auch therapeutisch angegangen werden: entweder gleichzeitig mit der Schwefeltherapie oder in den Pausen, die in die Schwefeltherapie von Zeit zu Zeit eingelegt werden. Ich benutze den Schwefel bei dieser Indikation einmal parenteral (z. B. Sufrogel — durchschnittlich wöchentlich 0,1 ccm = 0,0003 g Sulfur, 8—10 Injektionen) oder innerlich Sulfur D 6 und Sulfur D 3, indem ich zwischen 6. und 3. Dezimal-Potenz alle 8—14 Tage wechsle, täglich 2 Gaben (je 5 Tropfen oder je 1 Federmesserspitze auf leeren Magen).

Mit dem Schwefel als antifluxionäres Mittel tritt der Kalk in Konkurrenz, über dessen gute Erfolge in Form von Kalziuminjektionen ich berichtet habe. Umstände besonderer oder allgemeiner z. B. konstitutioneller Art können die Anzeige mehr für das eine oder andere Mittel abgeben. Aber die Mittel schließen sich sinngemäß angewendet auch nicht aus. Ich will an dieser Stelle nicht näher darauf eingehen, da keine Abhandlung über die Therapie der Rosacea cum Acne geschrieben werden soll; ich erwähne nur den Kalk, um gewisse Problemstellungen bei der Schwefeltherapie anzudeuten.

Vasomotorische Erscheinungen in der Art von Blutwallungen für sich oder, was die Dermatologen besonders angeht, bei Ekzematikern[1]), geben eine Indikation für die Schwefeltherapie ab, die sich im großen und ganzen mit der Schwefeltherapie der Rosacea cum Acne deckt. Für die Behandlung der vasomotorischen Erscheinungen der Ekzematiker muß die Einschränkung gemacht werden, daß Schwefel auszuschließen ist, solange akut entzündliche Symptome im Ekzembild vorliegen, ferner daß bei Gebrauch von Sufrogel es öfters notwendig sein wird, in den Sufrogelgaben herunterzugehen (0,05—0,01) und die Pausen bis zu 14 Tagen zu verlängern, nämlich dann, wenn nach der Sufrogelgabe eine Provokation der vasomotorischen Erscheinungen oder des Ekzems eintritt.

Bei der Behandlung von Gelenkerkrankungen verschiedener Herkunft habe ich keine Überlegenheit der Schwefeltherapie über andere Methoden der unspezifischen oder spezifischen Reiztherapie feststellen können; in manchen schweren Fällen leistete die Schwefeltherapie weniger als andere Methoden.

---

[1]) Ich verweise auf meine demnächst im Arch. f. Derm. über diesen Gegenstand erscheinende Arbeit.

Digitized by Google

Die Psoriasis gibt weder für den Schwefel noch für eine andere Methode der Reiztherapie im allgemeinen eine Anzeige ab. Weniger als Heilmittel, sondern im wesentlichen nur als Umstimmungsmittel kommt die Reiztherapie bei der Psoriasis in Frage. Für das beste Umstimmungsmittel in Fällen, wo sich die Hauterscheinungen durch kein äußeres Mittel, einschließlich der Röntgenstrahlen, angreifen lassen (Sensibilisierung), oder die Hautreaktionen auf chemische Mittel so stürmisch sind, daß sie den Gang und Erfolg der Behandlung ungünstig beeinflussen (Desensibilisierung), halte ich die Fiebertherapie.

Eine große und wichtige Rolle spielt der Schwefel in der Bekämpfung von Nebenerscheinungen des Salvarsans[1]). Folgende Indikationen haben sich mir im Laufe der Jahre ergeben:

Rheumatoide Symptome der verschiedensten Art, einschließlich der multiplen akuten Neuritis: Sufrogel, intramuskulär, zweimal wöchentlich 0,1 ccm oder in weniger akut und schwer einsetzenden Fällen Sulfur D 3 innerlich 3—5 mal täglich eine Federmesserspitze ½ Stunde vor den Mahlzeiten. Nach Abklingen der Symptome soll die Salvarsankur mit einem anderen Salvarsanpräparat wieder aufgenommen werden. Treten trotz des Präparatwechsels abermals die alten Erscheinungen auf, so muß Salvarsan wieder abgesetzt, die Sulfurkur von neuem durchgeführt, und auch bei der Wiederaufnahme der Salvarsanbehandlung gleichzeitig mit dem Salvarsan Schwefel als Sulfur D 3 weitergegeben werden. Es gelingt oft, auf diese Weise eine notwendige Salvarsanbehandlung zum erfolgreichen Ende zu führen, das ohne Sulfur nicht erreicht wäre.

Kopfschmerzen, Schwindel, Fieber, allgemeines Unbehagen, Kribbeln, Appetitmangel, Unlustgefühl, Schläfrigkeit, Energielosigkeit unter oder nach einer Salvarsankur: Sufrogel als Injektion, Sulfur D 3 oder Aachener Kaiserquelle.

Der Schwefel als Mittel gegenüber den Symptomen der Syphilis findet nach meinen bisherigen Erfahrungen wohl nur selten eine Anzeige.

Es seien einige Versuche wiedergegeben:

1. Bei einer Frau mit zerebraler Spätlues waren nach Behandlung mit Schmierkur und Jod Symptome zurückgeblieben, die in zeitweise auftretender Schwäche des rechten Kniegelenks und der rechten oberen Extremität und Kribbeln in der rechten Hand bestanden, Symptome, die vor der spezifischen Behandlung in weit stärkeren Massen vorlagen, aber auf erneute Hg-Jodbehandlung die Neigung zu Rückfällen, wenn auch in sehr abgeschwächter Form, nicht verloren. Nach mehrwöchigem Gebrauch der Aachener Kaiserquelle schwanden diese Resterscheinungen dauernd.

2. Im Gegensatz zu den Früh- zeigen die Späterscheinungen an der Haut eine Neigung, auf Sulfur zurückzugehen. Ich verwendete Sufrogelinjektionen. Es bleibt aber bei einem Teilerfolg, insofern unter der Behandlung die bestehenden Krankheitsprodukte wohl zurückgehen, das Auf-

[1]) Vgl. auch SPIETHOFF: Prophylaxe und Therapie der Salvarsannebenerscheinungen. Fortschritte der Therapie, 1925, Nr. 3.

Digitized by Google

treten neuer (provozierende Wirkung?) aber nicht ausbleibt. Es sei daran erinnert, daß auch auf unspezifische Reizmittel — bei meinen Versuchen auf Eigenserum — spätsyphilitische Hauterscheinungen günstig reagieren, und zwar im Vergleich zum Sulfur im allgemeinen schneller und ohne Neuausbruch unter der Kur.

3. Den Einfluß von Sufrogel auf hartnäckig resistente WR habe ich in 10 Fällen untersucht. In den meisten Fällen führte die Kur zu keinem Ergebnis; nur in 1—2 Fällen, in denen trotz intensiver Behandlung die WR keine Abschwächung erfuhr, gingen unter Sulfur die Werte der WR sehr wesentlich herunter.

4. Die unter 3. besprochenen Beobachtungen der Sulfurwirkung auf resistente WR resultierten nicht aus der Absicht, durch Sulfur einen unmittelbaren Einfluß auf die WR zu erzielen, sie entsprangen vielmehr dem Versuch, durch Sulfur den Organismus dahin umzustimmen, daß auch er auf sonst erfolgreiche Mittel in üblicher Weise reagiert. Damit berühre ich eine Indikation des Sulfur, die in der homöotherapeutischen Schule große Bedeutung hat und die mir zur Nachprüfung ganz besonders reizvoll erschien. Das Ergebnis dieser Versuche kann ich dahin zusammenfassen, daß unter der von mir gewählten Kuranordnung — Sufrogel durchschnittlich 0,1—0,2 ccm einmal wöchentlich, 10 Injektionen, das Ziel nicht erreicht wurde. Ob durch eine andere Kuranordnung mehr zu erzielen ist, müssen weitere Versuche ergeben, die in Anbetracht der großen allgemeinen und speziellen Bedeutung des Problems vorgenommen werden sollen.

Als Beispiele einer provozierenden Schwefelwirkung, die bei den Aachener Kuren bekanntlich jeher eine Rolle gespielt hat, seien drei Beobachtungen angeführt, die in diesem Sinne gedeutet werden können:

1. Bei einer Patientin, die an einem selten hartnäckigen, auf die üblichen Mittel gänzlich refraktären Lichen planus litt und rheumatoid veranlagt war, verstärkten sich bald nach Beginn einer Aachener Trinkkur die rheumatischen Beschwerden in akuter Weise sehr erheblich, um nach Aussetzen des Aachener Wassers schnell abzuklingen.

2. Bei einer Patientin mit Ekzem traten nach Sufrogel plötzlich migräneartige Zustände auf, die schon jahrelang fortgeblieben waren.

3. Eine Patientin, die im Januar 1922 erstmalig im sekundär luet. Stadium behandelt und bei der die WR hartnäckig positiv war, erhielt zur Umstimmung 12mal wöchentlich 1mal Sufrogel 0,3—0,4. Alsdann plötzlich starker Anstieg der WR und Plaques auf der Unterlippe mit Spiroch. pall. Unter Würdigung aller Umstände neige ich sehr dazu, in dem Rezidiv eine Provokationswirkung des Schwefels zu sehen.

Digitized by Google

Aus der Frauenabteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Allgemeinen Krankenhauses in Lemberg (Primarius: Priv.-Doz. Dr. Roman v. Leszczyński).

Über Stärketeerbäder beim Pemphigus.

Von

Dr. Roman v. Leszczyński.

Teer ist eines der ältesten Heilmittel gegen Hautkrankheiten. In der Neuzeit wurde er von der französischen Schule (Rayer, Cazenave, Bazin usw.) wie von der englischen viel gebraucht. Seine jetzige Stellung in der Dermatologie verdankt er jedoch dem Wiener Altmeister F. v. Hebra. Neuerdings hat sich K. Herxheimer mit ihm mehr befaßt.

Beim Pemphigus wurde Teer von Hebra als eines der souveränen Mittel betrachtet. Er wandte ihn mit Vorliebe in Form der sogenannten Teerbäder an. Es kamen nur Holzteere in Betracht. Der Kranke wurde mit Ol. Rusci oder Ol. Fagi bestrichen und in ein warmes Bad versenkt. Diese Applikationsart hält bis an unsere Zeit. Es haften ihr jedoch verschiedene Mängel an (Schmerzhaftigkeit, ungleichmäßige Verteilung, unvollkommene Dosierung, Überdosierung mit Nierenreizung usw.). Deshalb wurde nach Teeremulsionen gefahndet, die eine gleichmäßige Verteilung von Teer im Badewasser sichern sollten. Es gibt viele Vorschriften. Die älteste, glaube ich, ist jene von Balzer: Rp. Ol. Cadini 50,00 Vitelli ovi unius, Extr. liq. Quillajae q. s., Aq. dest. 250,00. Die Formel von Mibelli lautet: Ol. Cadini 67,00, Colophonii 11,10, 20%ige Sodalösung 21,90. Schäffer gibt die Vorschrift der Neisserschen Klinik an: Ol. Rusci 100,00 Spir. Sapon. kalini, Aq. dest. aa 75,00. Viel Verbreitung hat auch das „Balnacid" von Klingmüller gefunden. Endlich haben Veyrières et Huerre mehrere Formeln für Teeremulsionen erprobt und geben dieselben in ihrem Handbuche der Therapie der Hautkrankheiten wieder (S. 143). Sie bringen jedoch nichts wesentlich Neues.

Bei unserem reichen Pemphiguskrankenmateriale mußten wir oft zu den Teerbädern Zuflucht nehmen. Wir applizierten dieselben nach dem alten Hebraschen Modus procedendi. Ich bin von den großen Vorteilen, welche sie in der Pemphigusbehandlung bieten, fest überzeugt. Doch fielen mir schon lange auch ihre oben erwähnten Nachteile auf. Als ich das Problem in einfacher und bequemer Weise zu lösen versuchte, habe ich an Stärkebrei als Vehikel gedacht und bin so zur Herstellung von Stärketeerbädern gekommen. Ich will nicht behaupten, daß diese Kombination bisher von niemandem versucht wurde, doch ist sie meines Wissens in dermatologischen Kliniken und Spitälern derzeit nicht im Gebrauch.

Nach einem gewissen Tasten haben wir folgendes Verfahren festgesetzt: 3 kg besten Weizenmehls werden mit etwa 3 Liter kalten Wassers (paulatim addendo et agitando) zu einem Brei verrührt, welcher mit weiteren etwa 7—10 Liter heißen Wassers sorgfältig vermengt wird.

Digitized by Google

Das Gemisch wird nachher erhitzt und mehrmals bis zum Siedepunkt gebracht (ohne aufzukochen). Jetzt werden 50 g Ol. Rusci in dünnem Strahl, semper agitando, langsam beigefügt und bestens vermengt. Die so hergestellte Emulsion wir in das bereitstehende warme Bad hineingegossen und vermengt. Das Stärketeerbad ist gebrauchsfertig. Das Gemisch reagiert neutral. Ein Tropfen eines solchen Stärketeerbades weist, unter dem Mikroskop betrachtet, eine überaus feine Vermengung von Stärkekörnchen und kleinen Teerkügelchen auf. Die Teerpartikel sind im allgemeinen kleiner als die Stärkekörner. Die Emulsion besteht bis 2 Stunden fast unverändert, wonach die Sedimentierung beginnt. Nach 24 Stunden bemerken wir am Boden des Mensurzylinders eine weißgraue Stärkeschicht, über ihr eine braune Teerschicht, oberhalb derselben eine leicht trübe Wasserschicht. Die Reaktion bleibt immer noch neutral, ein Beweis, daß keine Gährungsprozesse im Gange sind.

Hardy ebenso wie Hebra haben neutrale Puder beim Pemphigus angewandt. In dem ausgezeichneten, wenn auch wenig bekannten Handbuche der allgemeinen Therapie der Hautkrankheiten von Nikolski (russisch, 1910, S. 141) empfiehlt dieser Autor Stärkebäder beim Pemphigus. Er schreibt: „In einem solchen Bade setzt sich der Puder auf der ganzen Hautoberfläche fest und schützt dieselbe vor einer Reizung seitens des Wassers. Nach dem Verlassen des Bades haftet er immer noch als eine dünne Schutzdecke der Haut an.“ Dadurch erfährt unsere Konzeption, Stärkebrei als Vehikel für Teer zu verwenden, eine mächtige Unterstützung. Wir werden in die Lage versetzt, nicht nur Teer in feinster Verteilung der kranken Haut beizubringen, sondern auch ein zweites Medikament, daß für sich allein mildernd und deckend wirkt, gleichzeitig zu applizieren. Wir erreichen mit den Stärketeerbädern eine Abstumpfung der reizenden Teerwirkung einerseits, andererseits aber auch eine gewisse Dauerwirkung, da nach dem Bade immer eine dünne Schicht der Teerstärke auf der Haut haften bleibt.

Diese Bäder werden von den Kranken sehr angenehm empfunden, von Schmerzhaftigkeit ist keine Rede. Der therapeutische Effekt ist auch dem der alten Teerbäder überlegen. Durch die feine Verteilung des Teers wird dessen Resorptionsfläche ungeheuer vergrößert, deshalb müssen die Nieren sorgfältig überwacht werden. Wir haben die Stärketeerbäder beim Pemphigus, bei der Dermatitis herpetiformis Duhring erprobt. Sie können auch bei manchen Ekzemen mit Vorteil angewendet werden. Da wir mit den therapeutischen Effekten dieser Kombination vollkommen zufrieden sind und in ihr eine Förderung der äußeren Pemphigustherapie erblicken, möchten wir die Aufmerksamkeit der Fachkollegen auf die Stärketeerbäder lenken.

Digitized by Google

Aus der Dermatologischen Klinik und Poliklinik in München
(Direktor: Prof. v. ZUMBUSCH).

Thrombophlebitis am Präputium.

Von

Dr. JUL. THIEME, Assistent.

Mit 1 Abbildung im Text.

Zur Vervollständigung der Zusammenstellung der nichtvenerischen Genitalerkrankungen scheint es wert, auf das Vorkommen von thrombophlebitischer Gefäßverhärtung am Präputium hinzuweisen. Für den Unkundigen kann sie zur Verwechslung mit Initialsklerose führen, zumal wenn die Anamnese Zusammenhang mit Geschlechtsverkehr ergibt.

Ein 34jähr. Mann, früher nie geschlechtskrank, klagt über leicht druckschmerzhaften Knoten am Vorhautinnenblatt, dorsal gelegen. Dieser Knoten bestehe schon gut 14 Tage und sei 8 Tage nach dem letzten matrimoniellen Koitus aufgetreten. Zuerst sei die Vorhaut im ganzen leicht angeschwollen und habe geschmerzt, auch sei ein roter Streifen entstanden, der sich am Penisrücken bis zur Peniswurzel hinzog und sich strangartig anfühlte. Nach 8 Tagen sei der rote Strang geschwunden und der jetzt noch bestehende Knoten zurückgeblieben. Beim Zurückstreifen der Vorhaut sitzt dorsal ein kleinerbsengroßer Knoten von blau-rötlicher Farbe, Oberfläche glatt-spiegelnd, Leistendrüsenschwellung fehlt, beim Betasten des Knotens fühlt man pralle, nicht solide Härte. Das Betasten verursacht leichte Schmerzen. Vom Knoten aus fühlt man zwei derbe, etwa 1 cm lange Stränge, die sich unter die Penishaut verlieren; auch sie sind leicht schmerzhaft, Präputialhaut ist verschieblich über Knoten und Strängen.

Wir nahmen Thrombophlebitis der Präputialvene an, das Zurückgehen der Erscheinung auf feuchte Umschläge und ruhige Lagerung bestätigte unsere Diagnose. WR war und blieb negativ.

Differentialdiagnostisch wäre vielleicht noch in Betracht gekommen: Bubonulus (NISBETHscher Schanker, Pseudoprimäraffekt) und periurethraler Abszeß mit Durchbruchneigung nach außen.

Um der Duplizität der Fälle gerecht zu werden, kann von einem zweiten ähnlichen Fall berichtet werden, der aus der Privatpraxis des Prof. v. ZUMBUSCH stammt. Prof. v. ZUMBUSCH stellt den Fall gütigerweise für diese Mitteilung zur Verfügung:

35jähr. Mann, vor 10 Jahren Gonorrhoe, klagt jetzt über Geschwulst am Penis, die seit 10 Tagen besteht und im Anschluß an Koitus aufgetreten ist. Nach Zurückstreifen des Präputium liegt unter dem Innenblatt frei beweglich zwischen Haut und Faszie ein bläuliches S-förmiges Gebilde mit ungleichmäßiger, knolliger, dabei glatter Oberfläche; es fühlt sich derb an, ist ganz schmerzlos. Die Umgebung ist reaktionslos. Nach Angaben des Kranken trat vor $^1/_2$ Jahr die gleiche Erscheinung etwas weiter rechts

Digitized by Google

von der jetzigen Verhärtung auf. An dieser Stelle fühlt man die weiche Vene und sieht sie durchschimmern.

Auch hier wurde die derbe S-förmige Geschwulst als Thrombophlebitis der Präputialvene diagnostiziert.

Varizenbildungen am Penisschaft sind bekannt und können nach THORKILD ROVSING-Kopenhagen so beträchtlich sein, daß sie durch ihre Größe einen operativen Eingriff indizieren können. Es ist erklärlich, daß es auch zu Thrombophlebitis der Präputialvenen kommen kann.

Versammlungen.

Wissenschaftliche Ärztegesellschaft Innsbruck.

Sitzung vom 15. Mai 1925.

Krösl: **Experimentelle Kaninchensyphilis.** Vortr. hat die mit dem Nicholsstamm, der ihm von Dr. H. Worms des Reichsgesundheitsamtes in liebenswürdiger Weise überlassen wurde, Versuche vorgenommen. Der Stamm zeichnet sich durch 100% Haften des Virus aus und eignet sich daher besonders für Versuche, die mit einer kleinen Tierzahl vorgenommen werden müssen, und für Prophylaxeversuche. Tatsächlich konnte Vortr. auch immer Angehen der Impfung und Entstehen deutlicher Erscheinungen mit reichlich positivem Spirochätenbefund erzielen. An Hand zweier Tabellen schildert er die Ergebnisse der serologischeu Untersuchungen, die von ihm vorgenommen wurden, und kommt zu dem Schlusse, daß die MTR und die WR in der Modifikation nach Sachs und Georgi die besten Resultate geben. Bei der nun folgenden Projektion von Bildern luetischer Kaninchen kommt Vortr. auch kurz auf die Therapieversuche mit Northovan zu sprechen, von denen er heute nur das eine sagen will, daß klinische und auch serologische Heilung auch bei der Kaninchenlues erzielt werden konnte, daß geheilte Tiere nun schon bis zu $2^1/_2$ Monaten erscheinungsfrei in Beobachtung stehen — näheres bleibt einer späteren ausführlichen Publikation vorbehalten. Jedenfalls scheint auch die Verträglichkeit des Northovan beim Kaninchen größer zu sein als beim Menschen. Zum Schlusse seiner Ausführungen zeigt K. noch einige Tiere mit floriden luetischen Erscheinungen. Krösl-Innsbruck.

Referatenteil

redigiert von Dr. MARIE UNNA, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et Syphiligraphie.

1925, Nr. 1.

A propos de deux cas d'érythème induré de Bazin (Zwei Fälle von Erythema induratum Bazin), von J. Nicolas, J. Gaté und P. Ravault. S. 1. Anläßlich zweier Fälle wollen die Verff. durch ihre Publikation einen Beitrag zur Kasuistik des Erythema induratum Bazin bringen. Der Ansicht von Bazin steht die von Audry und vor allem auch amerikanischer Autoren gegenüber, die den Zusammenhang mit Tuberkulose bestreiten. Mehr vermittelnd ist die Annahme, das Erythema induratum sei ein Syndrom der Tuberkulose, könne aber auch durch andere Entzündungserreger verursacht werden. Die Betrachtung der 2 Fälle ergibt: Körperliche Untersuchung ohne Anhaltspunkte für Tuberkulose. Nr. 1: Blühendes junges Mädchen von 24 Jahren. Nr. 2: 18jähr. Mädchen, Eltern Lues, selbst ohne Befund. Histologisch in beiden Fällen Zeichen chronischer Ent-

Digitized by Google

zündung, Rundzellen, epithelioide Zellen und Riesenzellen, ein Aufbau, der den histologischen Veränderungen, wie sie durch Tuberkulose verursacht werden, entspricht. Besonders deutlich trat im Gegensatz zur Endophlebitis eine Endarteriitis obliterans mit Neigung zur Verkäsung auf. Es gelang weder in den Schnitten Kochsche Bakterien nachzuweisen, noch hatten Impfversuche beim Meerschweinchen Erfolg. Wassermann-Tuberkulose-Reaktion stark positiv. Die Verff. glauben, daß es sich beim Erythema induratum ätiologisch um Tuberkulose handelt, und zwar nicht um Tuberkulide im Sinne Dariers, sondern um eine echte Tuberkulose mit abgeschwächtem Virus.

Hyperkératose, confluente et généralisée par l'usage du salvarsan (Konfluierende und generalisierte Hyperkeratose nach Anwendung von Salvarsan), von J. May-Montevideo. S. 55. Verf. weist darauf hin, daß bei der Behandlung der Lues mit Arsenobenzolpräparaten in der in Frankreich üblichen Dosierung Arsen-Melanosen und -Hyperkeratosen wohl nicht vorkommen. Diese Nebenerscheinungen treten aber bei der bedeutend höheren Dosierung, wie sie teilweise in Südamerika üblich ist, häufiger auf; z. B. in 6 Jahren 200 Injektionen von durchschnittlich über 0,6 g. Die Arsenkeratosen brauchen nicht auf Hände und Füße beschränkt zu bleiben. In einem Falle sah der Verf. hirsekorngroße Hornknötchen fast über den ganzen Körper verbreitet. Nach 2 kurz hintereinander folgenden Kuren von je 20 Injektionen wurde bald mit einer 3. Kur begonnen, während der eine Keratose an den Handflächen auftrat, die sich über den Körper verbreitete. Nach Aussetzen der Behandlung und Anwendung von Salizylsalben waren nach einem Jahr trotz bedeutender Besserung die Knötchen noch deutlich sichtbar. Der Verf. schließt sich der Ansicht Wilsons, daß die Knötchen sich in den erweiterten Öffnungen von Schweißdrüsen bilden, an.

Lipomatose et Hypercholestérinémie (Lipomatose und Hypercholesterinämie [2. Veröffentlichung]), von R. Bonnefous und A. Valdiguié. S. 60. Zur Ergänzung einer früheren Veröffentlichung werden 2 neue Fälle beschrieben, die eine weitere Stütze für die schon damals aufgestellte Behauptung bilden, daß nämlich bei einer Lipomatose oder bei einem Lipom konstant erhöhte Werte für Cholesterin im Blute zu finden sind, und daß deshalb eine lipomatöse Neubildung mit Recht in die Nähe vom Xanthom zu gruppieren ist. 1. Fall: 38jähr. Köchin mit eigroßem, multilobulärem Lipom am Unterarm. Die Geschwulst besteht nur aus Fett und läßt keine Spur von Cholesterin nachweisen, im Gegensatz dazu enthält das Blut 43 pro Mille Cholesterin. 2. Fall: 60jähr. Bürobeamter hat in der rechten und linken Klavikulargegend unregelmäßig ausgedehnte lipomatöse Bildungen. Es besteht außerdem ein intensiver Juckreiz und urtikarielle Effloreszenzen. Cholesteringehalt des Blutes 25 pro Mille. Die Verff. werfen die Frage auf, ob der Zusammenhang zwischen Lipom und Hypercholesterinämie vielleicht so erklärt werden könnte, daß die Fettzellen den Lipoiden alles Cholesterin entziehen, die umgebauten Lipoide in Fett umwandeln, das in der Zelle verbleibt, während das Cholesterin an das Blut abgegeben wird. F. J. Baar-Bad Kreuznach.

Contributions a l'étude des épidermomycoses avec présentation de six parasites nouveaux (Beitrag zum Studium der Epidermomykosen nebst Mitteilung von sechs neuen Erregern), von Mac Carthy. S. 19. Nach Verf. ist es ein Charakteristikum aller bisher bekannter Epidermophytonpilze, daß sie niemals, weder beim Menschen noch beim Tier, im Haar wachsend anzutreffen sind, sondern immer nur im Oberflächenepithel. Dagegen kennt man das Epidermophyton inguinale als Parasiten der Fingernägel. Eine neue Art, das Epidermophyton niveum, wurde vom Verf. ebenfalls in Fingernägeln nachgewiesen. Zur Untersuchung der Frage, ob die Epidermophytonarten in Haare eindringen oder nicht, hat Verf. eine Reihe von Übertragungen auf Meerschweinchen mit folgenden Pilzen vorgenommen: 1. mit den monomorphen Arten: a) Epidermophyton inguinale (Sabouraud) und b) Epidermophyton clypeiforme (Mc Carthy); 2. mit den multiformen Arten: a) Epidermophyton rubrum (Castellani), das identisch ist mit dem bisher sogenannten Trichophyton purpureum (Bang); b) Epidermophyton interdigitale (Priestley); c) Epidermophyton plurizoniforme (Mc Carthy); d) Epidermophyton lanoroseum (Mc Carthy); e) Epidermophyton gypseum (Mc Carthy); f) Epidermophyton niveum (Mc Carthy). Nach den Ergebnissen der Versuche bei Meerschweinchen lassen sich diese Pilze in drei verschiedene Typen scheiden, nämlich: 1. solche, die beim Tier gar nicht angehen, weder in die Epidermis noch ins Haar eindringen (Epidermophyton inguinale und Epidermophyton clypeiforme); 2. solche, die eine ganz leichte erythematös-squamöse Epithelreaktion ergeben und in die Hornschichten eindringen (Epidermophyton rubrum, Epidermophyton plurizoniforme, Epidermophyton lanoroseum, Epidermophyton niveum); 3. solche, die eine recht deutliche entzündliche Reaktion von 2 cm Breite um

Digitized by Google

die Impfstelle ergeben (Epidermophyton interdigitale und Epidermophyton gypseum). Verf. beschreibt dann unter den genannten folgende neue Arten genauer. Epidermophyton clypeiforme. Der Pilz wurde isoliert aus dem Epithel einer dyshidrotischen Affektion der Fußsohle, die mit zahlreichen kleinen Bläschen bedeckt war. Auf Milieu d'épreuve wächst die Kultur mit einem anfangs grauweißen, schildartig vorgewölbten Zentrum, das später gelbgrünlich wird und sich mit einem feinen Flaum bedeckt, und einer breiten, ebenso gefärbten flachen Randzone. Mykologisch, d. h. hinsichtlich seiner vegetativen und Fruktifikationsformen, gleicht der Pilz dem Epidermophyton inguinale; er bildet große charakteristische Spindelsporen. — Epidermophyton plurizoniforme wurde gewonnen aus einem dyshidrotischen Ekzem der Hände und Füße. Die Kultur ist gekennzeichnet durch eine flaumige und radiär gefurchte Oberfläche und durch die Produktion eines konzentrisch in verschiedenen Ringen und wechselnder Intensität auftretenden rosa bis purpurroten Farbstoffes. In etwa 10 Wochen alten Kulturen ist ein flaumiges weiß-rosafarbenes Zentrum, umgeben von einem purpurnen Ring, auf den ein etwas hellerer, dann wieder ein purpurner Ring, schließlich abermals eine rosa und eine lebhaft rote Zone folgt, während die äußerste Randzone eine weißgelbe Färbung aufweist. Mykologisch ähnelt der Pilz dem Trichophyton, bildet Spindeln, Traubensporen und seitenständige Ektosporen, dringt aber niemals in das Haar ein, wird also deshalb als Epidermophyton angesehen. — Epidermophyton gypseum stammt von zwei wenig entzündlichen Fällen von pseudodyshidrotischen Plantar- und Interdigitalekzem. Die zuerst weiße puderige Kultur nimmt später eine helle milchkaffeebraune Färbung an. Der Pilz bildet nur Ektosporen (Ährenform) und „grappes". — Epidermophyton niveum wurde einmal gefunden im Epithel einer vesikulösen Plantar- und Interdigitalaffektion und einmal bei einer seit 30 Jahren bestehenden Nagelerkrankung der Zehen mit völlig unbeteiligter Haut. Die Kultur wächst schnell und üppig; ist rein weiß und flaumig. Der Pilz fruktifiziert nur in Form von sporentragenden Hyphen und Trauben. — Schließlich untersuchte Verf. noch einen von Montlaur und Dumet 1922 aus einer erythematosquamösen Dermatose isolierten und zuerst als Epidermophyton rubrum angesprochenen Pilz genauer und erkennt ihn als eine neue Art, die den Namen Epidermophyton lanoroseum erhält, weil die radiär leicht gefurchte Kultur mit wolliger Oberfläche und unter zonenförmiger und verschieden intensiver Rosafärbung wächst: auf ein rein weißes Zentrum folgt eine rosafarbene Zone, die von einem weißen Ring, weiter nach außen von einer vierten rosa-purpurnen Zone gefolgt ist, während ein gelbweißer Ring die Peripherie bildet. Laterale birnenförmige Ektosporen, Trauben- und lange Spindelsporen. — Aus einer zirzinären, stark juckenden squamösen Affektion der Fußsohle wurde schließlich noch ein neuer Trichophytonpilz gewonnen, den Verf. wegen seiner Fähigkeit, im Tierversuch in das Haar einzudringen, zur Endothrixgruppe stellt. Seine weiße, flaumige Kultur ist von einer pulverigen Randzone umgeben. Das Zentrum bildet eine unregelmäßig runde Erhebung, die sich später in der Mitte kraterförmig vertieft. Der Pilz fruktifiziert in Form von Sporenähren und -trauben, bildet auch Chlamydosporen, die oft eine eigentümlich haufenartige, entfernt an die „organes nodulaires" erinnernde Anordnung zeigen. Der Pilz erhielt den Namen Trichophyton rotundum. Alle neuen Arten sind durch Photogramme gut veranschaulicht. O. Grütz-Kiel.

The British Journal of Venereal Diseases.

1925, Bd. 1, Nr. 1.

Eine seit dem 1. Januar 1925 in London erscheinende Vierteljahrsschrift, die in enger Beziehung steht zu der ärztlichen Vereinigung zur Erforschung der Geschlechtskrankheiten (Medical Society for the Study of Venereal Diseases), welche im Juni 1922 gegründet wurde. Herausgeber sind L. W. Harrison und E. R. T. Clarkson, denen für die Spezial- und Nachbargebiete ein Stab namhafter Autoritäten zur Seite steht.

The Public Health Services and Venereal Diseases (Gesundheitsdienst und Geschlechtskrankheiten), von L. W. Harrison. S. 12. Seit 1916 unternahm die Regierung auf Veranlassung der „Kgl. Kommission zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten" einen Feldzug gegen diese Krankheiten, indem sie die Weiterverbreitung durch unentgeltliche Behandlung und unentgeltliche Beschaffung des Salvarsans zu verhindern suchte. 14 Geschlechtskrankenhospitäler und 193 Behandlungsstellen wurden errichtet und auch für Arbeitsvermittlung für die erkrankten Mädchen gesorgt. Seit 1920 wurde

Digitized by Google

daraufhin eine deutliche Abnahme der Syphilisfälle festgestellt. Bei der Blennorrhoebehandlung wurde das Hauptgewicht darauf gelegt, gerade bei den chronisch Kranken nicht die Symptome zu beseitigen, sondern den Herd der Infektion zur Ausheilung zu bringen.

The Use of Diathermy in Cases of Gonococcal Infection (Nutzen der Diathermie bei Gonorrhoeinfektion), von E. P. Cumberpatch und C. A. Robinson. S. 23. Diathermie kann heilend wirken durch direkte Hitzebeeinflussung der im Gewebe getroffenen Gonokokken. Dazu benötigt man eine starke Erwärmung des Gewebes, die bis an die Grenze des Schmerzhaften gehen muß. Im allgemeinen muß man sich mit der indirekten Wirkung begnügen: Eine gelindere, aber lange Durchwärmung setzt nicht nur die Vitalität der Gonokokken herab, sondern erhöht die Abwehrkraft des Organismus. Bei Gelenkerkrankung wirkt nicht nur die Behandlung der Gelenke, sondern vor allem die Durchwärmung der an der Erkrankung schuldigen Tuben bzw. der Prostata und Samenblasen günstig.

Notes on the Complement Fixation Reaction in Gonorrhoea (Über die Komplementbindungsprobe bei Gonorrhoe), von W. J. Tulloch-Dundee. S. 31. Die Komplementbindungsreaktion wird bei der Blennorrhoe niemals denselben diagnostischen Wert erringen wie bei der Syphilis. Immerhin gibt sie bei richtiger Technik, die genau beschrieben wird, brauchbare Resultate. Ein positiver Ausfall der Reaktion war nur in 6% der Fälle mit dem mikroskopischen Befund nicht vereinbar. Wurde bei positivem mikroskopischen Befund eine negative Reaktion festgestellt, so handelte es sich um Frühfälle.

Bismuth and its Administration in Syphilis (Über die Anwendung des Bismuts bei Syphilis), von E. T. Burke. S. 40. Bismut allein wirkt im Reagenzglasversuch nicht auf Spirochäten; dagegen bei Zusatz von Leber- oder anderen Zellextrakten, wobei ein Bismut-Toxalbumin entsteht. Die Entstehung dieses Toxalbumins wird am besten durch Hirnextrakt, am schlechtesten durch Blut erreicht. Daher sind die intravenösen Bismuteinspritzungen so unwirksam. Anstatt dem Körper die Bildung des Toxalbumins zu überlassen, wird versucht, die wirksame Komponente als Heilmittel herzustellen. Bisher wird ein metallisches Bismutpräparat bevorzugt.

Notes on the Pharmacology of Bismuth, with Reference to its Employment in the Therapy of Syphilis (Die Beziehung der Pharmakologie des Wismuts zu seiner therapeutischen Anwendung), von S. Lomholt-Kopenhagen. S. 50. Verf. hat die Ausscheidung einer größeren Zahl von Wismutpräparaten studiert, da er von einem wirksamen Präparat verlangt, daß es regelmäßig absorbiert und rasch ausgeschieden wird, um bei toxischen Wirkungen mit dem Aussetzen des Mittels weitere Schädigungen vermeiden zu können. Er kommt zu dem Schluß, daß eine wäßrige Aufschwemmung mit einem Zusatz von 10% Glyzerin eine raschere und regelmäßigere Resorption garantiert als eine ölige Aufschwemmung.

The Treatment of General Paralysis by Malarial Inoculation (Behandlung der Paralyse durch Malariaimpfung), von R. N. Ironside-London. S. 58. Die Behandlung der Paralyse durch künstlich erzeugtes Fieber ist schon 1816 von Dubuisson veröffentlicht worden. Die Malariabehandlung bietet vor den übrigen Fieberkurmethoden einige Vorteile. Die beste Art der Einimpfung ist nicht die gewöhnlich geübte Blutübertragung, sondern das Ansetzen der Malariamücken, das nach einer durchschnittlichen Inkubation von 21 Tagen zum Fieberausbruch führt. Als Gegenindikation gilt ein Alter von über 50 Jahren, arterielle oder Bronchialerkrankungen oder ein zu weit vorgeschrittener Krankheitszustand.

Skin Affections Commonly Mistaken for Syphilis (Die meist mit Syphilis verwechselten Hautleiden), von H. C. Semon. S. 64. Es wird vor allem darauf hingewiesen, daß bei zweifelhaften Ulzerationen immer die Spirochätenuntersuchung die letzte Entscheidung darstellt. Im Anschluß daran werden alle Leiden aufgezählt, die häufiger zu Verwechslungen Anlaß geben. Unter diesen wird auch das Erythema multiforme erwähnt, das manchmal nicht an den typischen Stellen, sondern an den Genitalien auftritt und dann durch seine den syphilitischen Eruptionen ähnelnde livide Verfärbung und Konsistenz zu Verwechslungen Anlaß gibt. F. Rosenthal-Berlin.

Digitized by Google

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia.

1925, Bd. 56, H. 1.

Das Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle erscheint von diesem Heft an mit neuer Überschrift. Eine weitere Änderung ist die Zugabe einer bibliographischen Übersicht über die Titel neuerschienener Arbeiten der Weltliteratur.

Ricerche sull'importanza delle alterazioni endocrino-simpatiche nell' eziologia di alcune malattie cutanee (Untersuchungen über die Wichtigkeit der Veränderungen der endokrinen und sympathischen Vorgänge in der Ätiologie einiger Hautkrankheiten), von G. Bertaccini, Univ.-Hautkl. Genua. S. 3. Ausführliche Literaturstudie, bei welcher dem Referenten die deutschen Originalarbeiten etwas zu kurz gekommen zu sein scheinen. Die eigenen Untersuchungen wurden ausgeführt an 18 Fällen von Alopecia areata, an 6 Vitiligo-, 2 Recklinghausen-, 3 Ichthyosis- und je einem Fall von Sclerodermia generalisata, Morphöa, Dystrophia unguium, Akroasphyxie, Schwangerschaftserythem, Pemphigus foliaceus und Psoriasis. Deutliche Symptome von „Endokrinopathie" fanden sich bei allgemeiner Sklerodermie und in geringerem Maße einmal bei Vitiligo. Sie fehlten ganz oder waren kaum ausgedrückt in den anderen Fällen. In der Mehrzahl fanden sich hier aber mehr oder weniger ausgesprochene Zeichen von Gleichgewichtsstörungen im vegetativen Nervensystem, die man manchmal mit Wahrscheinlichkeit auf leichte endokrine Funktionsstörungen beziehen konnte. Abgesehen vom Sklerodermiefall ist der ursächliche und pathogenetische Zusammenhang zwischen der endokrin-sympathischen Gleichgewichtsstörung und den Hautveränderungen überall recht unsicher, und ein Einfluß der Behandlung mit Organextrakten wurde nicht festgestellt. Zu den Versuchen hatten gedient: Adrenalin, Pilokarpin, Atropin, Endothyreoidin, Endohypophysin und bei den Frauen Endovariin.

Dermatitis papillomatosa capillitii, von A. Pasini, Univ.-Hautkl. Mailand. S. 57. Die Krankheit, von welcher 4 Fälle wiedergegeben werden, besteht in dem Erscheinen runder oder rundlicher Flecken vom Durchmesser einiger Zentimeter. Die Kopfhaut ist gerötet, infiltriert und manchmal geschwollen; darauf sitzen zahlreiche papillomatöse Erhebungen von der Länge einiger Millimeter. Ohne Beziehungen zu den Haarfollikeln, kein Haarausfall, keine Hyperkeratose; keine Beziehung zum Geschlecht. Sitz: der Wirbel und dessen Umgebung. Bisher nur bei jugendlichen Personen beobachtet. Schleichender Beginn, bei teilweise vorliegender Unreinlichkeit, am Wirbel mit Rötung und Verdickung, Exsudation und Juckgefühl. Allmählich Ausbildung einer Kruste. Periphere Ausdehnung der von einem ödematösen Infiltrationsring umgebenen Kruste. Schmerzlosigkeit. Die Kranken sind anämisch. Auf eine antiphlogistische und später reduzierende Behandlung bildet sich das Leiden innerhalb weniger Wochen zurück. Der Prozeß scheint als entzündlicher in den oberen Schichten des Koriums zu beginnen und dann zum Ödem der Papillarschicht, zum Wuchern der Zellen des Rete Malpighi und zur Akanthose zu führen.

Teleangectasia vaso-paralitica sistematizzata (Systematisierte Teleangiectasia vaso-paralytica), von M. Artom und P. Fornara-Alessandria. S. 73. Bei einem 13jähr. Knaben hatte sich allmählich einseitig ein vorn und hinten in der Mittellinie des Körpers scharf abschneidender teleangiektatischer Fleck entwickelt, der sich im rechten Hypochondrium, an der vorderen äußeren und hinteren inneren Fläche des rechten Beines und am Rücken zosterförmig von der Gegend des ersten bis dritten Lendenwirbels nach abwärts erstreckte. Verff. glauben Beziehungen zu Nervenmetameren, und zwar wahrscheinlich des Sympathikus, annehmen zu dürfen. Aus den gefundenen Zeichen eines verringerten Sympathikustonus schließen sie, daß ätiologisch eine umschriebene Gefäßdilatation vorliege, welche in umgrenzten Veränderungen im Sympathikus begründet sei.

A proposito di un caso di Herpes gestationis (Über einen Fall von Herpes gestationis), von A. C. Blasi, Hautkl. Mailand. S. 97. Erste Schwangerschaft normal. Beginn im sechsten Monat der zweiten Gravidität. Heilung 14 Tage nach der Geburt. Frühgeburt. Kind gesund. Die Hauterkrankung war polymorph: Erythem, Erythema urticatum, Papel, Blase und Kruste. Verf. nimmt als Ursache eine Autointoxikation des Körpers an, wofür eine geringe Eiweißausscheidung spricht. Eine Anaphylaxie im Sinne von Tomasi wird abgelehnt. B. weist darauf hin, daß wenn in diesem Falle mit Schwangerschaftsserum oder einem Hormon behandelt worden wäre, man sicher geneigt gewesen wäre, den günstigen Ausgang auf die Behandlungsart zurückzuführen.

Sul melanocarcinoma cutaneo (Über das Melanokarzinom der Haut), von L. Ajello. S. 111. Eingehende Behandlung der Streitfrage vom bindegewebigen oder epithelialen

Digitized by Google

Charakter der Melanome, besonders derjenigen der Haut, und Erörterungen über Wesen, Bildungsstätte und Entstehungsart des physiologischen und pathologischen Pigmentes. Histologische Schilderung einer Pigmentgeschwulst des Rückens und ihrer Lymphdrüsenmetastasen, welche den Zusammenhang der Geschwulstzellen mit dem Epithel und damit den karzinomatösen Charakter beweisen soll. Die Chromatophoromlehre Ribberts wird für die Melanome der Haut abgelehnt. Hier ist das Ausgangselement die Nävuszelle. Die von Ribbert beschriebenen Gebilde seien nur von Bindegewebe oder von Entzündungselementen stammende, passiv mit Pigment beladene Freßzellen.

Contributo allo studio del carcinoma del Bowen (Beitrag zur Kenntnis des Bowenschen Krebses), von B. Sparacio, Univ.-Hautkl. Rom. S. 137. Fall einer 56jähr. Frau mit verschiedenen Krankheitsherden. Zwei Familienmitglieder ebenso erkrankt. Die mikroskopische Untersuchung hat keinen Anhaltspunkt für eine anfängliche Veränderung im Bindegewebe ergeben. Verf. spielt mit dem Gedanken, daß die von anderen Autoren für Kunstprodukte gehaltenen Spalträume zwischen den Epithelzapfen und dem Bindegewebe vielleicht die Folge einer Epitheldegeneration seien, woraus sich der gutartige Verlauf dieser Geschwulst erklären würde.

Contributo allo studio della glicemia nei sifilitici (Beitrag zur Kenntnis der Glykämie bei den Syphilitikern), von A. Crosti, Univ.-Hautkl. Mailand. S. 144. Versuche an 100 Fällen jedes Stadiums. Syphilis kann den Kohlenhydratstoffwechsel beeinflussen. Dieses geschieht in Bildung von Hyperglykämie. Bei primärer und tertiärer Syphilis tritt sie unbedeutend auf. Die Erbsyphilitiker hatten nur um $1‰$ über die Norm erhöhte Zahlen. Dagegen schwankt die Zahl bei den frischen Sekundärsyphilitikern in 30% zwischen 1,11 und $1{,}31‰$. Wurde die Hyperglykämie künstlich hervorgerufen, dann stieg der Prozentsatz auf 40. Durch die spezifische Behandlung wird der Blutzucker des Hungernden wie bei alimentärer Glykämie heruntergedrückt. Zwischen Glykämie und Glykosurie besteht keine Beziehung. Jedes kann unabhängig vom anderen vorkommen. Als Ursache der Veränderungen am Zuckergehalt des Blutes nimmt Verf. endokrin-nervöse und Leberstörungen an.

La reazione novocaino-formalinica di Costa nella sifilide e suo comportamento in rapporto alla Reazione Wassermann (Die Novokain-Formalinreaktion Costas bei der Syphilis und ihr Verhalten in Beziehung zur Wassermannschen Reaktion), von G. B. Stefanini, Univ.-Hautkl. Pavia. S. 180. Die Reaktion ist bei Syphilis positiv. Sie wird durch die Behandlung abgeschwächt und verlangsamt, ist aber weniger genau als die WR.

A. v. Notthafft-München.

Mitteilungen aus der Literatur.

Allgemeine Pathologie und Diagnostik.

Die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit bei Arthritiden und rheumatischen Affektionen der Muskulatur, von H. Hersmann, III. Med. Abt. Allg. Krkhs. Hamburg-Barmbeck. (M. m. W., 1924, Nr. 49, S. 1714.) Die blennorrhoischen Arthritiden weisen in der Gruppe der chronischen Gelenkerkrankungen (mit Ausschluß der Tuberkulose) weitaus die stärkste Senkungsgeschwindigkeit auf. Im Gegensatz zur akuten rheumatischen Polyarthritis kehrt bei Behandlung mit Bewegungsbädern dort die Senkungszahl nach verhältnismäßiger kurzer Zeit mit dem Rückgang der Gelenkerscheinungen zur Norm zurück. Versteift das Gelenk, so stellen sich als Ausdruck, daß nun die entzündliche Periode vorbei ist, wieder normale Blutverhältnisse her. Einfache Schleimhautblennorrhoe beeinflußt die Senkungsgeschwindigkeit nicht. Stark beschleunigte Blutsenkung ruft bei einer Polyarthritis den Verdacht auf blennorrhoischen Ursprung wach. Bei Gelenksyphilis bewegt sich das Bild um mittlere Werte. Die Ergebnisse sind nicht einheitlich. Lues erhöht vielleicht für sich allein schon die Senkungsgeschwindigkeit. Antisyphilitische Behandlung ließ jedoch keine Gesetzmäßigkeit in der Wirkung erkennen.

A. v. Notthafft-München.

Über eine quantitative Methode, um Chloride in kleinsten Gewebsmengen zu bestimmen, von E. Urbach und P. Fantl-Wien. (W. kl. W., 1925, Nr. 14, S. 384.) Die Versuchsanordnung, die im einzelnen im Original nachzulesen ist, ermöglicht bei einem Minimum an Material (bis unter 200 mg) noch brauchbare Resultate.

H. Lippert-Köln.

Digitized by Google

Haut- und Schleimhauterkrankungen bei Grippe, von C. Schuhmacher, Univ.-Hautkl. Königsberg und C. Moncorps, Kl. f. Haut- u. Geschlechtskrkht. München. (Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkht., 1925, Bd. 16, H. 5, S. 289.)

Pharmakologie und allgemeine Therapie.

Heilung von Entzündungen durch Hafer-Kochsalzdiät, von Ernst Andersen, Städt. Krkh. Kiel. (M. Kl., 1925, Nr. 8, S. 277—278.) Hafer stellt eine saure Kost dar und bewirkt eine Anreicherung des Körpers mit Natrium, Magnesium und Chlor sowie Säuerung des Gewebes und Verarmung des Körpers an Kalzium und Kalium. Zum Zustandekommen einer akuten Entzündung ist Chlor unbedingt nötig. Da nun akute Entzündungen besser zu beeinflussen sind als subakute und chronische, kann es zweckmäßig erscheinen, diese durch die Hafer-Kochsalzdiät in akute umzuwandeln. Die Richtigkeit dieser Auffassung wird an einem fortschreitenden, keine Heilungstendenz zeigenden Geschwür des Penis und einer chronischen blennorrhoischen Epididymitis gezeigt.
E. Levin-Berlin.

Juckstillende Mittel, von F. Winkler-Wien. (W. m. W., 1925, Nr. 14, S. 805.) Zusammenfassende Darstellung der verschiedensten in der Dermatologie gebräuchlichen Medikamente mit jucklindernder Wirkung, die aufgezählt und in ihrer Medikation besprochen werden. Hervorgehoben sei, daß Verf. für eine Reihe von Pruritusfällen auch der Psychotherapie einen Einfluß und eine heilende Bedeutung zuspricht, und zwar eisten hier Hypnose und Wachsuggestion gute Dienste. E. Langer-Berlin.

Ein neues Mittel zur Bekämpfung der Hyperhidrosis, von Feld-Düsseldorf. (M. Kl., 1925, Nr. 12, S. 445.) Empfehlung eines neuen, als „Chronat-Seife" bezeichneten, durch Bindung an Kalium- und Natriumsalz neutralisierte Chromsäure enthaltenden Präparates. E. Levin-Berlin.

Pharmakologie und therapeutische Anwendung des Kadmiums, von M. Kochmann und C. Grouven-Halle a. S. (D. m. W., 1925, Nr. 11, S. 427.) Kadmium ähnelt hinsichtlich seiner therapeutischen Wirkung am meisten dem Zink und Quecksilber. Es besitzt adstringierende Eigenschaften, die bei hohen Konzentrationen in ätzende Wirkung umschlagen. Die bakterizide Kraft ist im Gegensatz zu Hg nicht groß. Nur Protozoen gegenüber ist der desinfizierende Einfluß stark. In toxischen Dosen wirkt Kadmium teils als Kapillargift (wie Arsen), teils hat es Ähnlichkeit mit der Wirkung des Quecksilbers. In der Syphilisbehandlung hat sich Cadmium subsalicylicum in Kombination mit Salvarsan bewährt. Auffallend war die Beeinflussung der WR. Kadmium allein steht hinsichtlich seiner Wirkung dem Hg und Bi erheblich nach.
F. Harry-Wiesbaden.

Über Iontophorese, von Fr. Wirz, Derm. Univ.-Kl. München. (D. m. W., 1925, Nr. 8, S. 311.) Verf. empfiehlt zur Behandlung der oberflächlichen und tiefen Trichophytie, der staphylogenen Sykosis, des Erysipels und des Erysipeloids die Iontophorese als Methode der Wahl. Auch bei anderen Krankheiten, wie Ekzem, Lupus, Aktinomykose usw., kann sie erfolgreich sein. Verf. weist sodann auf die von ihm angegebene iontophoretische Anästhesie hin, die sich auch für kleine Chirurgie und Pädiatrie eignet.
F. Harry-Wiesbaden.

Über die Behandlung von Hautkrankheiten mit Pankreasdispert, von Th. Katz-Nürnberg. (D. m. W., 1925, Nr. 10, S. 398.) Empfehlung der Pankreasdispert-Salbe zur Behandlung aller Staphylomykosen der Haut und infizierter Hautulzera. Bei Lupus vulgaris hat Verf. überraschend gute Heilerfolge erzielt, jedoch ist die Zahl der Beobachtungen noch zu klein, um ein abschließendes Urteil abgeben zu können.
F. Harry-Wiesbaden.

Zur Boluphenbehandlung, von H. Weidner-Berlin. (D. m. W., 1925, Nr. 7, S. 271.) Empfehlung des genannten Mittels zur Behandlung von Ulcera cruris, schmierigen Wunden und Furunkeln nach Ausstoßung des Eiterpfropfens. Die Wirkung beruht auf der Abspaltung von Formaldehyd und einem ungiftigen Phenolderivat.
F. Harry-Wiesbaden.

Zur Behandlung der Dermatosen mit Calcium chloratum, von L. Sirota-Schitomir (Ukraine). (M. m. W., 1925, Nr. 10, S. 383.) Methode: 10%ige Calciumchloratum-Lösung. Das erste Mal 4.0, das nächste Mal 6.0. Im ganzen 6—8 Injektionen jeden 2. Tag. Erfolge bei Ekzem und Pruritus sehr gut.
A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Exitus nach intravenöser Elektrokollargolinjektion, von W. Zangemeister-Univ.-Frauenkl. Marburg. (M. m. W., 1925, Nr. 1, S. 15.) Auf 2,5 ccm konzentriertes Elektrokollargol (Heyden) sofort Unruhe, großes Schwächegefühl, Pulsschwäche; dann Schüttelfrost, incontinentia alvi et urinae, Erbrechen, kalter Schweiß, Delirien. Tod an Herzlähmung bei völliger Benommenheit 12 Stunden nach der Injektion. (Soweit hat die Arbeit näheres Interesse auch für den Leserkreis dieser Zeitschrift. Darüber hinaus berichtet Z., daß er mit den Erfolgen der Silberbehandlung bei beginnendem Puerperalfieber so unzufrieden war, daß er die Methode wieder aufgegeben hat.)

A. v. Notthafft-München.

Die Proteinkörpertherapie der Hautkrankheiten und der Lichen ruber planus, von O. Kren-Wien. (W. m. W., 1925, Nr. 6, S. 358.) In einer Reihe von Lichen-ruber-planus-Fällen und auch bei Psoriasis hat Verf. die Beeinflussung dieser Leiden durch die Proteinkörpertherapie, insbesondere durch Milchinjektionen, untersucht. Seine Resultate eine im allgemeinen recht zufriedenstellende, und zwar fand er, daß je akuter ein Prozeß ist, desto leichter läßt er sich durch die Proteintherapie beeinflussen. Abgesehen von einzelnen Fällen, in denen er ganz allein durch die Milchtherapie zum Ziele gelangte, sah er die besten Resultate bei einer Kombination der unspezifischen Proteintherapie mit einer allgemeinen Therapie, wie es die Arsenbehandlung darstellt. Unter dieser Kombinationstherapie war der Ablauf der in Frage kommenden Erkrankung mit Lichen ruber oder Psoriasis ein viel beschleunigter als bei alleiniger Behandlung mit Arsen.

E. Langer-Rerlin.

Die Proteintherapie in der Kinderheilkunde, von Arthur Zankner, Mautner-Markhofsches Kinderspital Wien. (M. Kl., 1925, Nr. 12, S. 436—438.) Bei Blennorrhoea neonatorum oft schon nach 2—3 Milchinjektionen zu je 2 ccm Verminderung und Schwinden der Erscheinungen. Bei Pyodermien und septischen Erkrankungen keine Erfolge, dagegen bei einigen Hauterkrankungen, besonders Pityriasis rosea. Ausgesprochene Mißerfolge bei Furunkulose, akutem und chronischem Ekzem, Trichophytie, Erysipel.

E. Levin-Berlin.

Über intrakutane Eigenblutinjektionen, von Johann Weitgasser, Derm. Univ.-Kl. Graz. (M. Kl., 1925, Nr. 9, S. 318—319.) In der mit 2 Fingern erhobenen Rückenhaut werden mittels einer ziemlich parallel der Hautoberfläche und möglichst dicht unterhalb derselben 2—3 mm eingeführten Nadel 3 Quaddeln von je 0.2 g frisch entnommenen Eigenblutes gesetzt. Injektionen alle 2 Tage, oder, falls Fieber, am zweiten fieberfreien Tage. Es soll eine möglichst kleine negative und möglichst große positive Phase erzeugt werden. Es handelt sich bei der Wirkung um einen Reizkörper, einen polyvalenten Eiweißkörper, wobei den Abbauprodukten der zelligen Elemente eine ganz besondere Wirkung zukommt. Die allgemeinen Reaktionen sind manchmal außerordentlich starke; trotz guter therapeutischer Erfolge eignet sich die Methode daher noch nicht für den Praktiker.

E. Levin-Berlin.

Strahlen und Proteinkörper als Transmineralisationsmittel, von Chr. Kroetz, Med. Kl. Univ. Greifswald. (Kl. W., 1925, Nr. 14, S. 631.) Röntgenstrahlen und ultraviolette Strahlen der Höhensonne und diesen nahe kommend auch die Proteinkörper beeinflussen den Wasserhaushalt der Gewebe und des Blutes und auch den Mineralhaushalt und üben auf diese Weise eine Beeinflussung der Blut- und Gewebskolloide aus. Die Einwirkung auf den Wasserhaushalt geschieht zweiphasig: zunächst in Form eines Wassereinstroms in das Blut, dann als Wasserabstrom, der entweder in die Gewebe oder durch die Nieren nach außen erfolgt und manchmal zu einer leichten Bluteindickung führt. Entscheidend wird der Mineralhaushalt von den Proteinkörpern und den Strahlen beeinflußt, und zwar von kürzerer Dauer die säftebodenständigen Ionen, Natrium, Chlor und Bikarbonat; von längerer Dauer sind die Veränderungen der typischen Zellionen, Kalium, Phosphate und Kalzium, bei denen die Gleichgewichtsverschiebung oft tagelang anhalten kann. Die Ursache hierfür liegt in der Beeinflussung der Zellmembranen, indem die Potentialdifferenz zwischen Zellinneren und Außenmilieu geändert wird. Auf diese Weise ist die omnizelluläre Wirkung der Strahlen und Proteinkörper zu erklären. Im besonderen unterliegt auch die Wasserstoffionenkonzentration einer weitgehend in 2 Phasen sich abspielenden Beeinflussung. Die erste flüchtige und nur bei hoher Strahlendosis und hoher Proteinkörpermenge auftretende Veränderung ist durch eine Erhöhung der Säurewerte des Blutes charakterisiert, der die lang anhaltende erhöhte Alkalinität des Blutes folgt. Durch die angedeuteten Gewebs- und Blutveränderungen erfahren die Gewebs- und Blutkolloide eine nachhaltige Beeinflussung, die allerdings nur bei groben Veränderungen wahrnehmbar ist. Es läßt sich nämlich eine Er-

Digitized by Google

höhung des Eiweißes im Serum meist in Gestalt der Globuline feststellen, desgleichen eine Zunahme des Fibrinogens. Ebenso kann nach Bestrahlungen und Proteinkörperzufuhr eine Erhöhung der Aminosäuren und des peptidgebundenen Aminostickstoffs wie auch der Sulfate um 15—60% im Serum nachgewiesen werden. E. Langer-Berlin.

Erfahrungen mit Phlogetan (Prof. Dr. Fischer-Prag), von M. F. Königstein-Oderberg. (M. Kl., 1925. Nr. 12, S. 440—441.) Gute Erfolge bei ektogenen Eiterinfektionen und Tabes (Kombination mit Neosalvarsan). E. Levin-Berlin.

Über nitritoide Reaktion nach Phlogetanapplikation, von St. Apetaur und M. Laubova, Kl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. Brünn. (W. kl. W., 1925, Nr. 14, S. 380.) Das bei Tabes und Paralyse subkutan oder intramuskulär gegebene Phlogetan kann wie Amylnitrit und Salvarsan angioneurotische Symptome machen. Durch subkutane Adrenalingaben werden diese auch hierbei hintangehalten. Es ist aber erforderlich, das Adrenalin gleichzeitig zu geben, da nachträgliche Gaben nur wenig wirksam sind. H. Lippert-Köln.

Über Schwefeltherapie, von H. Handovsky-Göttingen. (Kl. W., 1925, Nr. 6. S. 268.) Die den Dermatologen interessierenden Abschnitte dieser kurzen zusammenfassenden Arbeit bringen für uns nichts Besonderes, außer dem Hinweis der günstigen Beeinflussung zahlreicher Dermatosen durch die externe Schwefeltherapie. E. Langer-Berlin.

Zur parenteralen und perkutanen Schwefelbehandlung, von G. Nobl und R. Kantor, I. Derm. Abt. Allg. Polikl. Wien. (M. Kl., 1925, Nr. 8, S. 285—287.) Nach Ablehnung älterer Vorschriften für parenterale Schwefelzuführung erwiesen sich Sulfidal und Sufrogel und in neuerer Zeit besonders das kolloidale Sulikoll zur Injektion geeignet. 6—8—10mal 1 ccm 10%iger wäßriger Emulsion in Intervallen. Keine Beschwerden, keine stärkeren Infiltrate. Bei Psoriasis waren die Erfolge sehr wechselnde, günstiger auf begleitende Arthropathien; ähnlich waren die Erfolge bei Acne juvenilis und seborrhoischem Ekzem. Lokale Reaktion minimal. Allgemeinerscheinungen wechselnd, bisweilen stärker. Äußere Anwendung bei Pityriasis rosea, Pityriasis versicolor, Trichophytie mit promptem Erfolge als Schüttelmixtur: Sulikoll, Glyzerin, 50%iger Spiritus vini, Aqu. dest. ää. Das gleiche bei Acne vulgaris und rosacea, Follikulitiden, Eczema seborrhoicum. Ferner besonders bei Psoriasis Sulikollpaste: Zinc. + Talc. ää 20.0, Vaselin. 40,0, Sulikoll 8,0. E. Levin-Berlin.

Ein Beitrag zur Verwendbarkeit des Suprajodans, von Cramer-Berlin-Zehlendorf. (M. Kl., 1925, Nr. 14, S. 512—513.) Suprajodan, ein Kalzium-Rhodanbromid, erwies sich als Ersatz für Jod von guter Wirksamkeit bei Fehlen der Jodnebenwirkungen. E. Levin-Berlin.

Die chemische Seite des Andriolprinzips, von H. Truttwin-Prag. (M. m. W., 1925, Nr. 5, S. 182.) Siehe Derm. W., Bd. 79, S. 1644. A. v. Notthafft-München.

Moderne Erklärung der trockenen Schröpfköpfe, von A. Fried-Lausanne. (Therapia, 1925, Nr. 2.) Das Anlegen von trockenen Schröpfköpfen wurde seit Jahrhunderten angewendet. Es wurde als Derivans gegen Schmerzen gebraucht (Beschreibung der Anwendung). Es wird dadurch ein Blutextravasat und eine Serumdurchtränkung hervorgerufen in den und unter den treffenden Hautpartien. Das in die Gewebstoffe geratene Blut wirkt als Autohämotherapie und das Serum als Autoserumbehandlung. Die subjektiven schmerzstillenden Wirkungen treten bald ein, und objektiv ist eine antipyretische Wirkung auch zu bemerken. Die Tiefenwirkung auf die inneren Organe läßt sich durch die Headsche Zone und durch den Török-Rajkaschen Vasomotorenreflex auch erklären. M. Porosz-Budapest.

Die Technik der intravenösen Injektion und ihre Erleichterung durch zwei einfache Kunstgriffe, von Wunderlich, Medizinalabt. d. Sächsischen Staatspolizei-Verwaltung. (M. Kl., 1925, Nr. 8, S. 287—288.) Empfohlen wird zur Vorbereitung der Stauung, den Arm im Stehen herunterhängen zu lassen und Greifbewegungen auszuführen, Massieren, Anlegen der Staubinde bei hängendem Arm. Ferner nach richtigem Einstich, wovon man sich durch Ansaugen überzeugt, noch weiteres Vorschieben der Kanüle in die Vene. E. Levin-Berlin.

Ein neues Verfahren zur Injektion und Blutentnahme, von O. Fischer, Med. Univ.-Kl. Hamburg-Eppendorf. (D. m. W., 1925, Nr. 12, S. 478.) Verf. beschreibt ausführlich die Technik der Injektion und Blutentnahme mittels der von den Behring-Werken vertriebenen Serüle bzw. Venüle. F. Harry-Wiesbaden.

Le pansement mixte (Der gemischte Verband), Herausgeberartikel. (Progr. méd. 1924, Nr. 46, S. 714.) Er hat den Vorteil, daß er nicht reizt und die Haut nicht maze-

Digitized by Google

riert. Indiziert bei entzündlichen Erkrankungen mit Ödem, Nässen, Jucken; infizierten und varikösen Ekzemen; entzündeten varikösen Geschwüren; überhaupt bei irritierten, entzündlichen, infiltrierten Hautläsionen. Ausführung: Bedecken mit dicker Schicht Inotyolsalbe, darüber 4 Lagen Gaze mit abgekochtem Wasser oder besser Kamillen mit borsaurem Natrium, bedecken mit Taffet, Binde, keine Watte. Die Erfolge sind ausgezeichnete und schnelle. E. Levin-Berlin.

Arznei- und gewerbliche Schädigungen. Dermatitis artificialis.

Lime Dermatitis (Über Zement-Dermatitis), von W. J. O'Donovan - London. (Lancet, 1925, Bd. 208, Nr. 5299, S. 599.) Die durch Zement verursachte Dermatitis muß nach Verf. Untersuchungen ein weites Feld der Gewerbetätigkeit umfassen, und oft gibt des Patienten Beschäftigungsangabe nur einen ungenügenden Hinweis auf diese spezielle Gewerbekrankheit. Eine Gruppe von Fällen kommt z. B. bei den „Tunnelarbeitern" vor, bei welchen bis jetzt von einer Zement-Dermatitis nicht gesprochen wurde. Die Arten von Hauterkrankungen, die hier vorkommen, sind vesikulöse Eruptionen oder Cheiropompholyx, Fissuren, seborrhoisches Ekzem, Dermatitis exfoliativa, Intertrigo, Erythrodermie und follikulär-pustulöse Dermatitis. Starke Schweißabsonderung oder abnorme Trockenheit der Haut sind prädisponierende Momente. Prophylaktische Maßnahmen bestehen in häufigem Wechsel aller mit Zementstaub beladener Unterkleider, Wechsel der Beschäftigung (Übergang zu zementfreier Arbeit) und nächtlicher Anwendung erweichender Fette auf der Haut des Gesichtes, der Hände und Vorderarme. Anführung einiger (6) Fälle besonders charakteristischer Art, mit Abbildungen versehen. M. Stern-München.

Die Berufsdermatosen, von Max Winkler-Luzern. (Schweiz. m. W., 1925, Nr. 14, S. 289—296; Nr. 15, S. 318—321.) Die Unterscheidung zwischen Krankheit und Unfall ist bei den Berufsdermatosen sehr schwierig, weil zwischen den Fällen, in denen die individuelle Dispositiou die Hauptrolle spielt und eine Reaktion auf eine Vielheit von Stoffen stattfindet (polyvalente Ekzematiker) und denen, bei denen der Beruf die Hauptschuld trägt, die Reaktion nur auf die bestimmte Schädigung, und zwar oft erst nach Erreichung eines gewissen Schwellenwertes, eintritt, viele Möglichkeiten vorhanden sind. Im einzelnen Falle ist es oft unmöglich, den Anteil der individuellen Anlage und der beruflichen Schädigung abzuschätzen. Es ist deshalb auch eine Einteilung nach diesen Gesichtspunkten nicht möglich, vielmehr werden unterschieden Hautveränderungen durch mechanische Insulte, chemische Stoffe (einschließlich berufliche Vergiftungen), Hitze, Kälte, Verätzungeu, elektrischen Starkstrom, Röntgen-Radium-Mesothoriumstrahlen, Preßluftarbeiten. Die unter die verschiedenen Ursachen fallenden Formen werden unter Anführung zahlreicher Beispiele aus den verschiedenen Gewerben im einzelnen dargelegt. Die Prognose hängt im wesentlichen davon ab, wieweit es möglich ist, das schädliche Agens von dem Kranken fernzuhalten; in größeren Betrieben würde es sich wohl ermöglichen lassen, ihnen eine passendere Beschäftigung zu verschaffen. Zur Behandlung kommt außerdem eine im ganzen milde Salbenbehandlung und die Röntgentherapie in Betracht, die bis zum völligen Schwinden der Erscheinungen fortzusetzen ist, eventuell in Verbindung mit Quarzlampenbestrahlungen. Auf den Allgemeinzustand (Ernährungsstörungen) ist Rücksicht zu nehmen. Bei einzelnen der in Frage kommenden Dermatosen scheint eine Desensibilisierung durch alkoholische Extrakte der betreffenden Hautgifte (Rhus toxicodendron und diversiloba, Palisanderholz) äußerlich oder intramuskulär zu gelingen. E. Levin-Berlin.

Die Stellung der Berufsdermatosen bzw. Gewerbeekzeme in der Praxis der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt in Luzern, von D. Pometta. (Schweiz. m. W., 1925, Nr. 16, S. 333—336.) Die Einbeziehung der Gewerbeckzeme in die dem Schweizerischen Unfallgesetz von 1911 unterliegende Entschädigungspflicht ist zweifelsfrei, jedoch muß die Erkrankung ausschließlich oder vorwiegend durch Einwirkung eines in der Giftliste genannten Stoffes entstanden sein. Es muß daher stets auf etwaige andere Momente (Idiosynkrasie, Anaphylaxie, Ernährungsstörungen usw.) Rücksicht genommen werden. Die Frage des Berufswechsels, der Abänderung technischer Einrichtungen in Fabriken kann sich als Folge der ärztlichen Begutachtung ergeben. Die Versicherungsanstalt sucht durch Erweiterung der Giftliste die gesetzlichen Vorschriften weitherzig auszulegen. Man wird später allerdings wohl dazu übergehen müssen, die Krankheiten, die entschädigt werden müssen, und die Betriebe, in denen sie vorkommen, namhaft anzugeben. Vorläufig werden seitens der Anstalt außer den auf in der Gift-

Digitized by Google

liste enthaltenen Stoffe beruhenden Gewerbeekzemen freiwillig auch durch andere Stoffe erzeugte entschädigt. Gegenüber ständigen Ekzemrückfällen, die mit etwas gutem Willen verhütet werden könnten, hat das Gericht den Weg einer einmaligen Abfindung für gangbar erklärt. In Fällen, in denen es sich nur zum Teil um Unfalls-, zum anderen um Krankheitsfolgen handelt, muß das ärztliche Gutachten dem Gericht eine klare Handhabe zur eventuellen Kürzung der Leistungen der Anstalt geben.

E. Levin-Berlin.

Ein Fall von perkutaner Resorzinvergiftung, von M. Haenelt, Kinderheilanst. Borgfelde-Hamburg. (M. m. W., 1925, Nr. 10, S. 385.) Ein erst 3 Wochen altes Ekzemkind antwortete auf die Anwendung einer 5%igen Resorzinsalbe mit tödlich ausgehenden Vergiftungserscheinungen. Nach Unruhe Benommenheit. Grüngelbe Verfärbung der Haut des ganzen Körpers und der Skleren. Zyanose des Gesichtes und der peripheren Teile. Im burgunderfarbigen Urin Resorzin. Im Blut reichlich Methämaglobin und Bilirobin. Reduktion von Hämoglobin und Erythrozyten. Tod innerhalb 2 Tagen unter Benommenheit, Atmungs- und Herzschwäche. Sektion: Lungen, Leber und Milz sepiafarbig, Blutungen. A. v. Notthafft-München.

Severe Dermatitis Produced by Thiazoles (Über eine intensive, durch Thiazole bewirkte Dermatitis), von R. F. Hunter. (Brit. m. J., 1925, Nr. 3350, S. 509.) Beim Arbeiten mit Amino-Phenyl-Methylbenzothiazol (Dehydrothioltoluidin) zu wissenschaftlichen chemischen Zwecken akquirierte H. eine äußerst quälende hartnäckige Dermatitis an den Händen mit erheblicher Blasenbildung namentlich an den Interdigitalflächen. Ähnliche üble Wirkungen hat A. v. Hofmann in bezug auf Amidophenylmerkaptan schon 1887 geschildert, und H. hat mit Ortho-amino-parathio-Kresol die nämlichen Erfahrungen gemacht. Ferner machte er sehr unangenehme Erfahrungen mit den Argylaminoderivaten der Chloressigsäure, wie auch Johnson und Bristol (1903) auf die hochgiftigen Eigenschaften des Chloracetparabromanilids schon hingewiesen haben.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Kasuistische Mitteilungen über das Kalomelexanthem, von M. Holzweissig. Med. Univ.-Kl. Leipzig. (M. m. W., 1925, Nr. 5, S. 184.) Masernartiges Exanthem. Die Kranke hatte anderswo innerhalb von 2 Tagen 6 × 0,2 Kalomel genommen. Sie war nach 2 Tagen geheilt. A. v. Notthafft-München.

Dermatitis from Dichloramin-M (Methyl-Diphenylmethyldichloramin) (Dichloramin-M-Dermatitis), von J. B. McNair und A. M. Neff-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 3, S. 166.) Ein einschlägiger Fall eines mit dieser Substanz vielbeschäftigten Arbeiters wird deshalb berichtet, weil Dichloramin-M große chemische und physikalische Verwandtschaft mit dem Dakinschen Dichloramin-T zeigt und andererseits ebenfalls als Desinfiziens in Betracht kommt. Die durch die beiden Mittel hervorgerufenen Dermatitiden sind ganz ähnlich, und man kann sie verhüten, indem man die exponierten Hautstellen durch reduzierende Agentia schützt, was für Dichloramin-M experimentell bewiesen wurde, für Dichloramin-T anzunehmen ist.

E. M. Peter-Hamburg.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Gestorben: Dr. William B. Trimble, Professor der Dermatologie am University and Bellevue Hospital Medical College in New York;

Dr. John Addison Fordyce, Professor der Dermatologie am Columbia University College in New York;

Dr. William Henry Davis, emeritierter Professor der Dermatologie an der University of Colorado in Denver. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 30 (Bd. 81) 25. Juli 1925

Über regelmäßiges Vorkommen von Demodex folliculorum in den Pusteln von Rosacea pustulosa.

Von

Dr. Marie Kaufmann-Wolf †.

Historischer Teil.

Geschichte der Rosazea.

Die vorliegende Untersuchung erstreckt sich, von Kontrolluntersuchungen abgesehen, ausschließlich auf mit Rosacea pustulosa behaftete Frauen.

Eine eingehende, interessante Darstellung der Geschichte der Rosazea verdanken wir Unna. Dieser Autor verwirft den vielfach gebrauchten Namen Acne rosacea und vertritt die Anschauung, es handle sich bei der Rosazea um eine Krankheit sui generis, eine besondere Form seines seborrhoischen Ekzems, die nicht mit der Acne vulgaris in Verbindung zu bringen sei und daher besser den Namen Rosazea führe. Unna erinnert an die vollständig selbständige Rolle, die dieses Leiden früher unter dem Namen Gutta rosacea gespielt hat. Er legt es Willan und Bateman zur Last, durch Einführung des Namens Acne rosacea 100 Jahre lang die Lehre von der Akne verwirrt zu haben. Infolge dieses ungeeigneten Namens sei die Gutta rosacea an die Gattung Akne gebunden worden und habe nolens volens die Entwicklung des Akne-Begriffes mitmachen müssen und sei dadurch schließlich zur Talgdrüsenaffektion geworden. Unna führt zur Begründung seiner Anschauung und Behauptung zahlreiche Äußerungen namenhafter Dermatologen an. Einige derselben haben, wie z. B. Rayer und Devergie, unter scharfer Betonung der verschiedenen Prognose und Lokalisation beider Affektionen, ferner des verschiedenen Alters der Pat., oder unter Verschiedenheit des zugrundeliegenden pathologischen Prozesses (Krankheit der Blutkapillaren der Haut bei Acne rosacea, Talgdrüsenerkrankungen bei der Acne vulgaris) eine strikte Trennung vorgenommen. Andere Autoren, wie Hebra und Brocq, um nur diese beiden anzuführen, haben zwar aus irgend welchen Zweckmäßigkeitsgründen beide Erkrankungen in einem Kapitel abgehandelt, aber unter ausdrücklicher Anerkennung ihrer Verschiedenheit.

Unnas Vorschlag, sich der Bezeichnung Rosazea an Stelle von Acne rosacea zu bedienen, scheint viel Anklang gefunden zu haben, dagegen dürfte sein Versuch, die Seborrhoe als alleinigen ätiologischen Faktor der Rosazea ansprechen zu wollen, sich sicher nicht der allgemeinen Zustimmung erfreuen.

Beide Erkrankungen sind hinsichtlich ihrer Ätiologie noch völlig ungeklärt.

Digitized by Google

Geschichte des Demodex folliculorum.

Es erscheint zweckmäßig, da im Nachfolgenden über regelmäßige Befunde von Demodices folliculorum berichtet werden soll, zunächst kurz die Geschichte dieses interessanten Parasiten vorauszuschicken.

Syn.: 1842 Acarus folliculorum (Simon)
1843 Demodex folliculorum (Owen)
1843 Macrogaster platypus (Mierscher)
1843 Entozoon folliculorum (Wilson)
1845 Acarus comedonum (Vogel)
1847 Simonea folliculorum (Gerbais)
1847 Steazoon folliculorum (Wilson)
1861 Macrogaster hominis (Landois)
1899 Acarus comedonum (Huber).

Die Haarbalgmilbe wurde in kurzer Zeitfolge ganz unabhängig voneinander von drei Autoren entdeckt. Im Jahre 1841 fand sie Berger in Paris, 1842 Henle in Zürich und Simon in Berlin. Berger sah die Milbe im Ohrschmalz des Menschen und berichtete kurz darüber in einem an die Akademie der Wissenschaften in Paris gerichteten Schreiben. 1842 erstattete er darüber einen ausführlicheren Bericht, beide Manuskripte wurden aber erst in der Sitzung vom 12. Mai 1845 geöffnet und ihr Inhalt offiziell bekannt gegeben.

Henle vermied es später, wie sein Biograph Merkel erzählt, viel von seiner Entdeckung des Akarus zu sprechen, weil ihm das komische Malheur passiert war, daß er das hintere Ende für den Kopf und umgekehrt gehalten hatte.

Unzweifelhaft hat Berger die Milbe zuerst gesehen, wohl auch eine richtige Darstellung von ihr gegeben, aber die doch bei weitem gründlichste und eingehendste Untersuchung verdanken wir Simon. Dieser fand den Akarus bei seinen Studien über Acne punctata, sah ihn aber auch sehr bald in der Haut gesunder Menschen und betitelte deshalb seine zweite Publikation: „Über eine in den kranken und normalen Haarsäcken der Menschen lebende Milbe". Er fand sie gewöhnlich in der Haut des Gesichts, an der Nase, den Lippen, der Stirn, den Wangen, in der Regel in der Haut des äußeren Gehörganges und hinter dem Ohr. Bei Leichen fand er sie zuweilen auf der Brust und einmal wahrscheinlich in der Haut des Rückens.

Eine ganze Reihe von Forschern hat sich bemüht, die Morphologie, Biologie, geographische Verbreitung, zoologische Stellung und pathogenetische Bedeutung dieses Parasiten zu erschließen. Besonders ist auch vieler Beiträge von tierärztlicher Seite zu gedenken, da der Parasit infolge seines außerordentlich zahlreichen Vorkommens bei der Akarusräude in der Tierheilkunde eine wichtige Rolle spielt. Gmeiner bringt in seiner Monographie, auf die wir hiermit verweisen, die Resultate aller dieser Forschungen.

Vorkommen des Demodex bei Gesunden.

Nach der heute herrschenden Anschauung ist der Demodex folliculorum beim Menschen, abgesehen von Neugeborenen, mit der am häufig-

Digitized by Google

sten vorkommende, harmlose Schmarotzer, der bei älteren Individuen leichter zufinden ist als bei jüngeren.

Wir übergehen die betreffenden Untersuchungen, soweit sie sich nur auf ein geringes Material stützen oder geringe positive Resultate ergeben haben, und referieren kurz über die ausschlaggebenden Untersuchungen mit positiven Maximalzahlen.

Schon Er. Wilson berichtet 1845, daß jede Person, die er darauf untersucht habe, mit Akari behaftet gewesen sei. Desgleichen sagt 1859 Leydig: „Bei den Menschen ist fast jedes Individuum Träger der Milbe". Gruby konstatierte 1845 das kosmopolitische Vorkommen des Akarus, er fand nämlich denselben bei 60 Personen verschiedener Nationalität 40mal. Systematische Untersuchungen haben vor allem Gmeiner und du Bois geliefert. Gmeiner wies bei 100 untersuchten Leichen die Haarbalgmilbe 97mal im Gesicht nach; alle von ihm untersuchten Personen über 10 Jahre beherbergten dieselbe. Er hält daher den Schluß für zulässig, die Haarbalgmilbe sei bei allen Menschen mit Ausnahme der Neugeborenen im Gesicht zu finden. Die Verteilung bei den einzelnen Geschlechtern soll sich die Wage halten. Du Bois untersuchte 200 Individuen; er fand in 100% der Fälle bei den Menschen zwischen 20 und 85 Jahren die Milbe.

Vermutlich haben die Autoren in allen Fällen zahlreiche Präparate angefertigt, da z. B. Gmeiner stets Augenlider, Stirne, Nase und Kinn untersucht hat. Leider fehlen exakte Angaben über die Menge des untersuchten Materials. Du Bois erwähnt, daß er Pat., die ihr Gesicht mit Alkohol zu behandeln pflegten, die Anwendung des Alkohols für eine Woche untersagen mußte, um dann bei der Nachuntersuchung ein positives Resultat erhalten zu können. Die Zahl der gefundenen Akari ist bei Gmeiner teilweise recht groß. Man wird sich dabei der Angaben Sterbatschoffs erinnern dürfen, die darauf aufmerksam macht, daß bei Leichen stets mehr Milben gefunden werden; man könne an einer Zilie bis zu 8 Parasiten finden, weil, wie die Autorin meint, bei den Toten die geschwächten Parasiten leichter sich herausziehen lassen.

Besonders zahlreich sind die Untersuchungen, die sich mit dem Nachweis des Vorkommens der Acari folliculorum an den Zilien beschäftigen. Joerß untersuchte 50 Pat. ohne Rücksicht auf Liderkrankungen. Es gelangten pro Fall nie unter 100 Zilien zur Untersuchung. Er konnte in 64% Akari finden.

Hunsche gelang (93 Fälle) unter Ausschluß der Kinder von $^1/_2$ bis 1 Jahr der Nachweis in 92,5%. Er hält daher den Schluß für berechtigt, fast alle Menschen würden den Parasiten in ihren Augenlidern beherbergen. Sterbatschoff untersuchte 100 Leichen und 51 augenkranke Lebende. Es wurde von den Toten von jedem Lid 10 Zilien genommen, bei den Gesunden wurden durchschnittlich nur je 10 Zilien untersucht. Von den 100 Leichen beherbergten 49 die Akari in den Zilien; bei den 51 Gesunden wurde nur in einem Falle positives Resultat erzielt.

Gmeiner sagt, gestützt auf Untersuchungen an 200 Leichen: „An den Augenlidern läßt sich der Demodex bei rund 50% aller Menschen nachweisen. Speziell im höheren Alter stößt man häufiger auf ihn. So z. B. waren von 50 Personen im Alter von 10—40 Jahren 20 mit dem

Digitized by Google

Schmarotzer an den Augen behaftet, während von 50 Personen im Alter von 40—50 Jahren 30 ihn erkennen ließen.

Es dürfte somit durch einwandfreie Untersuchungen bewiesen sein, daß der Demodex folliculorum einen der häufigsten Schmarotzer der der menschlichen Haut, speziell des Gesichtes, darstellt, dessen Lebensfähigkeit nicht sofort mit dem Tode des Individuums, das er bewohnt, erlischt. Dagegen ist seine vielfach behauptete absolute Harmlosigkeit nicht ganz unbezweifelt geblieben.

Pathogenetische Bedeutung der Demodices folliculorum.

Eine Reihe von Autoren ist geneigt, den Demodizes eine mittelbar pathogenetische Bedeutung zuzusprechen, sie gewissermaßen als „Infektionspioniere" zu betrachten.

Herzog zum Beispiel gibt zur Erwägung, daß mit den Milben zugleich auch die ihnen anhaftenden eventl. hoch pathogenen Mikroorganismen übertragen werden, und glaubt, daß die Bedeutung eines massenhaften Vorkommens dieser Parasiten bei dem Trachom unter keinen Umständen zu unterschätzen sei.

Brons äußert den gleichen Gedanken, die Milben könnten als Träger spezifischer Infektionserreger mehr oder weniger schädliche Mikroorganismen übertragen und den Boden zur Ansiedlung und Vermehrung derselben vorbereiten. Auch Gmeiner anerkennt die Möglichkeit einer mittelbaren Bedeutung. Sterbatschoef sieht in ihnen eine „cause prédisposante á la blépharite". Leboeuf denkt daran, die Akari und auch die Stubenfliegen könnten als Überträger der Lepra in Frage kommen. Borell sieht in ihnen „convoyeurs d'un virus" und läßt sie in der Ätiologie der malignen Tumoren eine Rolle spielen. Lewandowsky meint, es sei kaum von der Hand zu weisen, daß der gleiche Parasit, der in einzelnen Exemplaren keinerlei Erscheinungen macht, bei stärkerer Vermehrung pathologische Zustände erzeugen könne.

Außer dieser mittelbar pathogenen Bedeutung wird von manchen Autoren den Demodizes eine unmittelbar pathogene Bedeutung zugesprochen. Es liegen einige seltene Krankheitsbilder vor, deren Entstehung auf eine Invasion von Acari folliculorum zurückgeführt wird.

Lewandowsky beobachtete in der Jadassohnschen Klinik einen impetigoartigen Ausschlag, bei dem es sich um eine Infektion mit Demodex follicularis canis gehandet hat.

De Amicis, Majocchi und Dubreuilh haben eigenartige Pigmentationen, bräunliche Flecken in der Umgebung der die Akari beherbergenden Follikel beobachtet. Die Autoren sehen in den Milben den ätiologischen Faktor dieser Affektion. Babes (zitiert nach Gmeiner) bezeichnet eine Erkrankung, die der Demodex bei Menschen erzeugen soll, mit dem Namen „Scabies follicularis". Bei einem Pat. und dessen beiden Kindern, welche einige Tage mit einem räudigen Hunde zusammengelegen haben, entwickelte sich unter Juckgefühl ein Hautleiden in Form von Papeln, Bläschen und Pusteln an der Brust, am Bauch, an den Händen, am Vorderarm und an der äußeren Fläche der Schenkel. Im Inhalt der pustulösen Gebilde am Körper konnten die Demodexmilben nachgewiesen werden.

Digitized by Google

Der zweite Fall betraf 2 Schwestern, die sich eine unter genau dem gleichen klinischen Bilde verlaufende Erkrankung von einer räudekranken Katze geholt hatten.

Gewisse Ähnlichkeit bietet ein von ZÜRN beobachteter Fall von Übertragung der Haarbalgmilbe vom Hund auf den Menschen. ZÜRN sah bei einem Tierarzt, einem Kutscher und einer Frau, die mit Demodexausschlag behaftete Hunde pflegten, einen juckenden mit Pustelbildung einhergehenden Ausschlag an Händen und Füßen. Im Inhalt der Pusteln ließ sich die Demodexmilbe in größerer Anzahl nachweisen.

ALLEN (Sitzungsbericht) sah eine Frau mit einer Gesichtsaffektion, die einer Molluscum-contagiosum-Eruption ähnlich war. Er konnte Demodizes in großer Anzahl nachweisen und gibt seinem Erstaunen Ausdruck, daß die Autoren auf der absoluten Harmlosigkeit dieser Parasiten bestehen.

ELLIOT (Sitzungsbericht) erwähnt einen Fall von papulopustulöser Affektion, die man auf die Anwesenheit der Demodizes zurückgeführt habe.

Die zahlreichen zitierten Zilienuntersuchungen wurden veranlaßt durch die Mitteilungen verschiedener Autoren, welche die Existenz einer Blepharitis acarica annehmen.

MAJOCCHI ist der erste Untersucher, der in bezug auf Blepharitis dem Demodex folliculorum pathogene Bedeutung zuschreibt. Er fand bei einem Bäcker Schwellung der Mündungen MEIBOMscher Drüsen. In dem durch Druck entleerten Inhalt derselben konnte eine Menge Demodexexemplare nachgewiesen werden. MAJOCCHI glaubt an das Vorkommen einer Blepharoadenitis parasitica.

MIBELLI äußert ebenfalls unter Berufung auf MAJOCCHI die Anschauung, der Demodex könne eine Blepharitis erzeugen; er erwähnt einen beobachteten eigenen Fall.

STIEDA meinte zuerst mit Rücksicht auf die geläufige Annahme, der Haarbalgparasit rufe keinerlei besondere Symptome beim Menschen hervor, es dürfte dem von ihm geschilderten Vorkommen des Parasiten in den Talgdrüsen keinerlei Bedeutung zugemessen werden. Nach Kenntnis von MIBELLIS Befunden faßte er seine Meinung folgendermaßen zusammen: Solange der Parasit sich in den Haarbälgen aufhält, ist er unschädlich; sobald er in die Talgdrüsen bzw. MEIBOMschen Drüsen hineinwandert, wirkt er schädlich, erzeugt er Entzündungen usw.

Am entschiedensten für eine Blepharitis acaria ist RÄHLMANN eingetreten. Interessant ist, daß er die Tiere in einzelnen Fällen mit der Lupe am Haarbalgschaft außerhalb des Balges entdeckte. Nach ihm unterliegt es keinem Zweifel, daß die Tiere wandern und so auch in den Conjunktivalsack gelangen können. Bei Trachomkranken konnte RÄHLMANN den Demodex in 25 % aller Fälle auffinden.

STERBATSCHOFF untersuchte 100 mit verschiedenen Formen von Blepharitis behaftete Pat. Bei diesen Augenkranken wurden durchschnittlich 18 Zilien pro Fall extrahiert. In 17 % wurden Akari nachgewiesen.

Obwohl die Acari folliculorum häufig in erweiterten Follikeln, Komedonen und Akneknötchen gefunden worden sind, erachtet sie kein Autor, der sich auf ein größeres Untersuchungsmaterial stützen kann, als Erreger dieser Affektion. Wir entnehmen SIMON folgende Äußerungen:

Digitized by Google

„Konstant scheint das Vorkommen des Akarus bei der Akne jedoch nicht zu sein, denn unter 10 Menschen, bei denen ich bis jetzt Untersuchungen angestellt habe, konnte ich ihn nur bei 3 auffinden.

„Möglich wäre es, daß das Vorhandensein der Haarsackmilbe in sehr beträchtlicher Anzahl zum Entstehen von Komedonen und Aknepusteln Veranlassung gibt, was sich indessen nicht sicher bestimmen läßt."

Remak teilt folgenden Fall mit, bei dem er Akari als Erreger der Akne ansieht: Ein junger Kaufmann war seit 3 Jahren durch eine Akne an der Nase, am Kinn und an der Stirne so entstellt, daß er Gegenstand allgemeiner Aufmerksamkeit und momentanen Widerwillens wurde. Remak fand nach wiederholter Untersuchung in den Pusteln mehrere Milben. Der Patient wurde mit einer Mischung von Spir. camphorat. und Ol. terebinth. behandelt, es trat Heilung ein, aber nach einem Jahr erfolgte ein Rezidiv.

Fell sieht in der fast konstanten Anwesenheit der Milben im Eiter der Pusteln, akneartiger Affektionen, eine Tatsache von beträchtlicher Bedeutung; er hält die Milben aber nicht für den wahren und einzigen ätiologischen Faktor. Er teilte die Resultate einer Zahl von mikroskopischen Untersuchungen des Pustelinhalts bei einem Fall von Akne mit, in denen er die Parasiten fast ständig fand.

Lombr sah bei seinen Untersuchungen über die Ätiologie der Akne einen Demodex in einer Pustel eines Aknekranken. Er nennt das ein zufälliges Glück und macht die unverständliche Bemerkung, er erwähne diese Tatsache, weil bis jetzt noch niemand einen Demodex in einer Aknepustel beschrieben habe.

In bezug auf Acne rosacea finde ich nur 2 Äußerungen. Fordyce (Sitzungsbericht) erwähnt, er habe kürzlich gemeinsam mit Dr. Holder 2 Fälle von Rosazea mikroskopisch untersucht und eine große Zahl von Demodizes in den Talgdrüsen gefunden. Gmeiner macht die summarische Angabe, in 100 Fällen von Acne punctata, vulgaris, rosacea, pustulosa und Komedobildung hebe er die Anwesenheit von Demodizes nur in 20—30 Fällen konstatieren können. Offenbar entziehe die Veränderung der Konsistenz und Beschaffenheit des Sekrets in den Follikeln den Parasiten die Möglichkeit der Weiterentwicklung.

Meines Erachtens wird man nach Durchsicht der Literatur zur Ansicht gedrängt, daß die Bedeutung und der Einfluß des Demodex folliculorum bei dem Menschen doch noch nicht völlig als geklärt zu bezeichnen ist. Einerseits sind die Anschauungen und Angaben widersprechend, andererseits ist das teils vom Lebenden, teils vom Verstorbenen gewonnene Material nicht ohne weiteres vergleichbar, weil keine exakten Angaben über die Mengen des untersuchten Materials, die Zahl der angefertigten Präparate usw. vorliegen. Es wird vermutlich recht schwierig sein, in irgend einem Sinne beweisende Untersuchung zu bringen, da verschiedene Momente außerodentlich erschwerend wirken. Das ist einerseits das häufige Vorkommen ohne pathologische Symptome und andererseits die Schwierigkeit, wie sich aus Versuchen, über welche die betreffenden Autoren berichtet haben, ergibt, eine Übertragung der Demodices folliculorum auf andere Menschen oder auf Tiere zu bewerkstelligen und schließlich das Fehlen einer Züchtungsmethode.

Digitized by Google

Eigene Untersuchungen.

Im Laufe der letzten Jahre wurde in zahlreichen Fällen von Rosacea pustulosa, nachdem einmal die Aufmerksamkeit darauf gelenkt war, das Vorkommen von Demodizes in den Pusteln dieser Affektion nachgewiesen.

Um statistisch verwertbares Material zu gewinnen, wurden systematisch die letzten 50 gesehenen Fälle ausnahmslos daraufhin untersucht. Zunächst einige Worte über die Technik der Untersuchungen.

Stets gelangte der Inhalt einer einzigen Pustel zur Untersuchung. Die Pustel wurde mit der Spitze eines kleinen Messers angestochen, der Pustelinhalt durch Druck mit Hilfe des Messers herausgepreßt, auf die Messerspitze gebracht und von da auf einen Objektträger übertragen. Der Eiter wird mit einem Tropfen 20 %iger Kalilauge vermischt, erwärmt und dann mikroskopisch untersucht. Es sei hier bemerkt, daß die Milben, bzw. ihre Eier, in dem Eiter außerordentlich leicht nachweisbar sind, während eine recht beträchtliche Übung erforderlich ist, um die am Haare sitzenden Tiere mit Sicherheit zu erkennen.

In allen 50 Fällen, also in 100 %, konnten die Milben gezeigt werden. Diese Tatsache des regelmäßigen Vorkommens der Milben in der Pustel wird vielleicht durch folgende näheren Angaben noch offenkundiger. Nur zweimal konnten die Milben nicht gleich am ersten Untersuchungstag nachgewiesen werden, es war dabei das eine Mal eine einzige, und das zweite Mal eine zweite Nachuntersuchung erforderlich. Es ist zu berücksichtigen, daß Mangel an Zeit zum raschen Abbruch der ersten Untersuchung geführt hatte, und bei der Nachuntersuchung fast alle Pusteln, die von vornherein nur spärlich vorhanden waren, durch die Therapie zum Schwinden gebracht waren.

Bei den letzten 36 Fällen wurde besonders darauf geachtet, wie viele Präparate angefertigt, d. h. also wie viele Pusteln untersucht werden mußten, bis ein positives Resultat vorlag. Von diesen 36 Fällen war 21 mal das erste Präparat positiv, 7 mal das zweite, 4 mal das dritte, 2 mal das vierte und 2 mal das fünfte.

Um das konstante Vorkommen der Milben in den Pusteln noch deutlicher zu illustrieren, wurden bei 4 Patientinnen kleine Serien von Präparaten angefertigt. Bei der ersten Patientin wurden 6 Pusteln untersucht, die alle positiv waren, bei der zweiten 11 Pusteln, von denen 9 positiv waren, bei der dritten 12 Pusteln, darunter 8 positive, und bei der vierten 15 Pusteln, darunter 12 positive. Die negativen Resultate beweisen natürlich nicht, daß keine Milben in der Pustel vorhanden waren. Selbst bei guter Technik wird es nicht immer gelingen, den gesamten Pustelinhalt herauszubefördern und verlustlos zur Untersuchung zu bekommen.

Selbst wenn man, gestützt auf die vorliegenden Untersuchungen unter Berücksichtigung der Schwierigkeit, alle vorhandenen Milben zur Anschauung zu bringen, annehmen wollte, jede Rosazeapustel enthielt Acne folliculorum, so könnte auf keinen Fall die weitere Annahme, das Vorkommen der Milbe sei etwas für die Rosaceapustel Charakteristisches, Spezifisches, gerechtfertigt erscheinen. Es gelingt sehr häufig in ganz vereinzelt auftretenden Pusteln bei Menschen mit sonst völlig reinem Teint, die auch frei von jeder Gefäßerweiterung sind, Milben nachzuweisen.

Digitized by Google

Der Gedanke also, der Rosazeapustel im Hinblick auf das scheinbar regelmäßige Vorkommen der Milbe allen anderen Gesichtspusteln gegenüber eine Sonderstellung zu erteilen, ist von der Hand zu weisen.

Es ist, wie gezeigt wurde, bekannt, daß wahrscheinlich alle nicht mehr ganz junge Menschen in ihrem Gesicht Akari beherbergen. Ganz vorübergehend wird von einigen Autoren erwähnt, daß sie die Milbe auch in den Follikeln von Lanugohaaren nachweisen konnten. Um über die Häufigkeit des Vorkommens der Akari in den Follikeln der Lanugohaare eine bessere Orientierung zu erhalten, wurden zahlreiche Gesunde daraufhin untersucht. Es scheint, daß bei allen Menschen über 30 Jahre an der genannten Stelle Haarsackmilben nachweisbar sind. Es sollen die 10 letzten derartigen Untersuchungen mitgeteilt werden.

Fall	Alter in Jahren	Zahl der untersuchten Präparate[1])	Zahl der gefundenen Demodex in Stück	Zahl der positiven Präparate
1	30	4	5	jedes Präparat positiv
2	42	5	1	1
3	57	7	9	3
4	56	10	1	1
5	42	5	8	3
6	39	5	2	1
7	30	5	3	1
8	53	5	2	1
9	52	5	3	1
10	41	8	—	—

Es waren also von 10 Fällen 9 positiv; 6mal war nur 1 Präparat positiv, 2mal 3 und 1mal 4 Präparate. Die Zahl der gefundenen Demodizes betrug 34.

Es liegt nahe, die Frage aufzuwerfen, ob bei Patienten mit Rosazea ohne Pustelbildung die Akari vermehrt erscheinen. Nach meinen Untersuchungen trifft das nicht zu. Die Untersuchungen beziehen sich auf die stärker ausgebildeten Lanugohaare der seitlichen Gesichtspartien. Desgleichen konnte auch bei Patienten mit Rosacea pustulosa bei Untersuchung der Lanugohaare keine Vermehrung der Akari gegenüber der Norm wahrgenommen werden. Mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit läßt sich bei Untersuchung der herausgezogenen Haare voraussagen, ob positive Befunde zu erwarten sind oder nicht. Haften nähmlich dem Wurzelende sukkulente Wurzelscheiden an, so finden sich die Akari häufiger, als wenn Kolbenhaare vorhanden sind. Die Zahl dieser mit sukkulenten Wurzelscheiden umgebenen Haare hängt nach Pinkus vom guten Bestande des Haarbodens ab. „Je gesünder er ist, d. h. je länger das einzelne Haar wächst, desto mehr solcher Haare mit sukkulenten Scheiden und desto weniger Haare mit kleinen, trockenen Köpfchen (Kolbenhaare) werden zu finden sein. Das Mitausziehbarsein der sukkulenten Wurzelscheide hängt aber auch von individuellen Eigentümlichkeiten des Haarbodens ab. Bei manchen Köpfen folgen dem Zuge viele

[1]) Zu jedem Präparat wurden mindestens 10 Haare verwandt.

Digitized by Google

bei manchen gar keine Wurzelscheiden dem ausgerissenen noch wachsenden Haar. Das Mitausgehen der Wurzelscheide ist auch schon in pathologischer Häufigkeit beschrieben worden (Giovannini)."

Es darf nicht außer acht gelassen werden, daß diese Kontrolluntersuchungen bei nicht Hautkranken, bei solchen, die mit einer Rosacea simplex und solchen, die mit Rosacea pustulosa behaftet sind, zwar sicherlich nicht überflüssig, aber vielleicht doch nicht zum Vergleich geeignet sind. Denn gerade die seitlichen Gesichtspartien sind bei den Rosazeakranken meist frei; als Sitz der Affektion muß bekanntlich vornehmlich der mittlere Teil des Gesichtes gelten.

Zusammenfassung.

1. Die meisten Frauen über 30 Jahre scheinen in den seitlichen Partien des Gesichtes in den Follikeln der Lanugohaare Demodices folliculorum zu beherbergen. Zu deren Nachweis benötigt man durchschnittlich 50—100 Lanugohaare.

2. Bei Frauen, die an Rosacea simplex oder pustulosa leiden, konnte keine Vermehrung der Milben an der genannten Stelle nachgewiesen werden.

3. In den Pusteln von Rosacea pustulosa konnten regelmäßig Milben nachgewiesen werden. Die Frage, ob den Acari folliculorum unter Umständen eine mittelbar oder unmittelar pathogene Bedeutung zukommt, bedarf weiterer Untersuchung.

Aus der Dermatologischen Universitäts-Klinik zu Frankfurt a. M.
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. K. Herxmeimer).

Über einen Fall von Schleiferknötchen.

Von

Dr. Leo Hess, Volontärassistent.

Mit 1 Abbildung im Text.

Bei dem wegen Lupus erythemathosus in unserer Behandlung befindlichen Patienten H. B., 38 Jahre alt, hatten wir Gelegenheit, eine als Folge seiner Beschäftigung entstandene Veränderung an den Fingerrücken zu beobachten.

Seit 12 Jahren ist der Patient Maschinenschleifer und bedient als solcher eine Schleifmaschine. Das Leder wird mit Schmirgel geschliffen, indem beide Hände auf einem Tisch schleifen, der durch eine Tretmaschine mit einer Trommel verbunden ist, so daß sich also die Hände dauernd unter Druck hin und her bewegen.

Die sich uns darstellenden Veränderungen an den Händen sind zweifellos die Folgen der ständig einwirkenden Schädigungen bei der Arbeit. Nach anfänglichen Verletzungen bildeten sich auf den Streckseiten der unter starkem Druck stehenden Finger kleine derbe Knötchen, die sich allmählich vergrößerten und durch den dauernden Insult teilweise ulzerierten. Infolge der Aufnahme ins Krankenhaus und der da-

Digitized by Google

durch bedingten Arbeitseinstellung überhäuteten sich die Defekte und hinterließen eine zentrale Delle in umgebenden derben Knötchen. Während mehrwöchiger Beobachtung konnten keine Veränderungen in Größe, Farbe und Konsistenz festgestellt werden; die Affektionen verkleinerten sich allmählich und waren nach etwa 8 Wochen abgeheilt.

Bei der Aufnahme wurde folgender makroskopischer Befund erhoben.

Auf dem Fingerrücken der rechten Hand findet sich eine typische, durch die Art des Berufes bedingte Erkrankung. Sie ist nur an den Punkten der Kleinfingergelenke lokalisiert, etwas nach außen, da wo bei der Beschäftigung ein dauernder mechanischer Druck ausgeübt wird. Die betroffenen Stellen befinden sich über den distalen Enden des Mittel-, Ring- und Kleinfingers. Bei der Beugung der Hand fallen die Affektionen nur über die Gelenkköpfchen der Mittelphalangen (s. Photographie). Auf der linken Hand ist die Anordnung der rechten symmetrisch und das Aussehen ebenso wie rechts. Die Affektion selbst besteht aus erbsen- bis kirschkerngroßen, runden, halbkugeligen Knötchen, deren Kuppen abgeblaßt und im Zentrum in Stecknadelkopf- bis Hanfkorngröße ebenfalls rundlich eingezogen sind. Die Farbe entspricht der der übrigen Haut. Die Randzonen erscheinen glasig-transparent und das eingezogene Zentrum bräunlichrot. Auf der Kuppe der Knötchen sind weder Hautleisten noch Follikel erkennbar; diese Partien zeigen deutlichen Glanz. Das Zentrum hat eine rauhe, körnige Oberfläche, die Knötchen fühlen sich mittelhart und etwas elastisch an.

Mikroskopisch.

Technik: Härtung und Paraffineinbettung wie gewöhnlich. Färbungen mit Kresylechtviolett, Hämatoxylin (Böhmer) und Eosin, Bindegewebsfärbung nach van Gieson und nach Mallory, Elastikafärbung nach Weigert, Methylgrünpyronin.

Befund: Die Hornschicht ist enorm verdickt, teilweise ebenso breit wie das gesamte Epithel samt den Retezapfen. Herdweise ist die Färbbarkeit der Kerne erhalten bis in die obersten Lagen. Die Hornschicht ist teilweise eingerissen und zeigt Hohlräume mit unregelmäßig begrenzten Rändern.

Die Retezapfen sind scharf ausgezogen, vielfach verbreitert, stellenweise so breit wie lang und mit seitlichen Ausläufern netzartig zusammenhängend.

Die Keratohyalinschicht ist verbreitert, stellenweise bis zu 6 und 8 Lagen dick.

Digitized by Google

In den Papillen treten die teilweise stark klaffenden Kapillaren deutlich hervor. Die Bindegewebspapillen sind meist diffus infiltriert, zeigen aber auch vielfach eine deutliche Anhäufung um die Kapillaren.

In den subpapillären Schichten des Koriums ist die Infiltration hauptsächlich perivaskulär, teilweise auch strichförmig angeordnet.

Auch die sehr spärlich vorhandenen Schweißdrüsen sind in ein nicht sehr zellenreiches Infiltrat eingebettet.

Der Prozeß hat auch die elastischen Fasern mitergriffen insofern, als die Färbbarkeit derselben herabgesetzt ist und ihre Zahl eine deutliche Verminderung aufweist. Im übrigen lassen sich jedoch die elastischen Fasern noch nachweisen und bis in die Papillenspitzen verfolgen. Ein fleck- oder herdweiser Schwund ist nirgends festzustellen, ebensowenig zerbröckelte oder verklumpte Fasern.

Zusammenfassend ist der pathologisch-anatomische Befund: Starke Hyperkeratose mit einzelnen akanthotischen Herden; ebenso starke Parakeratose und Verbreiterung des Stratum granulosum, und papilläre und subpapilläre, größtenteils perivaskuläre Infiltrate, außerdem einfacher Schwund des im Bereich der Erkrankung liegenden elastischen Gewebes.

Literaturangaben über ähnliche Erkrankungen fanden sich nur spärlich. Margain[1]) berichtet über eine „Hyperkeratosis palmaris" bei Kranken von Neu-Kaledonien, die mit Mineralwaschen in den dortigen Kobalt-Bergwerken beschäftigt waren, und die von ihm als Berufskrankheit aufgefaßt wurden. Der makroskopische und der mikroskopische Befund zeigen gewisse Ähnlichkeiten mit dem von uns beschriebenen Krankheitsbild.

Schon der klinische Befund ließ uns vermuten, daß wir es nicht mit einer der gewöhnlichen Druckdermatosen zu tun hatten. Diese Vermutung erfuhr durch den histologischen Befund ihre Bestätigung. Wir halten uns deshalb für berechtigt, anzunehmen, daß es sich in dem beschriebenen Falle um Veränderungen ganz eigener Art handelt. Wir glauben, daß unser Fall bei der weiten Verbreitung dieser Beschäftigungsart nicht vereinzelt dasteht, weshalb wir die Mitteilung dieses Krankheitsbildes für angebracht hielten.

Aus der dermatologischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses in Lemberg (Leiter: Primar. Dr. Swiatkiewicz).

Über eine neue klinische Reaktion des syphilitischen Exanthems.

Von

Dr. A. Nadel.

Um ein beginnendes oder schwindendes luetisches Exanthem zu bemerken, gab Šamberger in letzter Zeit den alten Methoden (Verweilen des Kranken in kühler Luft, Beobachtung der Haut durch Kobaltgläser, Jarisch-Herxheimersche Reaktion) eine neue hinzu: Er läßt den Pat.

---

[1]) Margain, Hyperkeratose palmaire d'origine professionelle chez les laveurs de mineral de cobalt". Journ. d. mal. cut. et syph., Februar 1904.

Digitized by Google

den Oberkörper mehrere Male nach vorn beugen und dann wieder strecken, wonach das bestehende Exanthem markanter hervortritt; alte Flecke, die unter Einwirkung der Therapie nicht mehr sichtbar waren, kommen oft wieder zum Vorschein. Ein beginnendes, kaum sichtbares Exanthem tritt deutlich hervor. Das Bild der Cutis marmorata erscheint bei dieser Methode ebenfalls viel charakteristischer. Theoretisch erklärt Šamberger dieses Phänomen auf diese Art, daß bei der Cutis marmorata, die Ausdruck einer Störung (Verlangsamung) des venösen Kapillarkreislaufes ist, die von Natur aus minderwertigen venösen Kapillaren auf diese Weise einer größeren Arbeit ausgesetzt werden. Es entsteht eine noch beträchtlichere Verlangsamung des venösen Kapillarkreislaufes, der der übergroßen Arbeit nicht gewachsen ist.

Ähnlich sind die Verhältnisse beim luetischen Exanthem, nur daß die arteriellen Kapillaren, um die es sich hier handelt, durch das syphilitische Toxin geschädigt werden. Die auf diese Weise geschädigten arteriellen Kapillarwände stellen ebenfalls einen Locus minoris resistentiae dar, sind deshalb auch größerem Blutdruck nicht gewachsen.

Wir geben zu den erwähnten alten Reaktionen sowie zu der neuen Šambergers eine — ich glaube — bis jetzt nicht beschriebene Reaktion hinzu.

Wenn wir eine kleine Hautpartie eines mit luetischem Exanthem behafteten Kranken mechanisch reizen (wir machen es auf die Art, daß wir mit der Kante einer gewöhnlichen Holzspatel über die Haut einige Male ziemlich brüsk dahinstreichen), tritt schon nach einigen Augenblicken eine Hyperämie dieser Stelle ein. Da die luetischen Flecke aus oben erwähnten, von Šamberger angegebenen Gründen leichter geschädigt werden als die normalen, dazwischen liegenden Hautinseln, tritt in unserem Experimente eine größere Hyperämie der kranken Hautstellen als der gesunden ein. Resultat ist intensivere Färbung des Exanthems an dieser Stelle. Noch prägnanter wird das Bild, wenn wir nach erfolgter mechanischer Irritation des Hautbezirkes die Stelle einige Minuten beobachten. Die zwischen den einzelnen Flecken gelegenen normalen Stellen (deren Kapillaren intakt sind) gelangen nach anfänglicher Hyperämisierung viel schneller zu ihrer alten Kondition, ihre Farbe nimmt einen normalen Ton an. Um so mehr sichtbar werden dann die erkrankten Hautpartien, deren auf diese Weise geschädigten Kapillaren viel längere Zeit zur Erholung vom stattgehabten Trauma benötigen. Noch stärker kommt das Ganze zum Ausdruck, wenn bei manchen Individuen nach anfänglicher Hyperämie die gesunden Hautpartien anämisch werden. Solche direkt von Blut strotzenden luetischen Exanthembezirke konnten wir manchmal zehn Minuten und noch länger beobachten.

Auch bei Cutis marmorata konnten wir ein stärkeres Hervortreten des Bildes nach stattgehabter mechanischer Reizung verzeichnen: die charakteristische verästelte Zeichnung ließ jedoch leicht diese Erscheinung vom luetischen Exanthem unterscheiden.

Praktischen Wert haben heute alle Methoden, die eine Reaktion des Exanthems bezwecken, nur geringen; wir warten heute nicht mehr das Exanthem ab, um unsere Diagnose zu sichern. Immerhin können beginnende und im Abklingen sich befindende Exantheme bei Mangel an

Digitized by Google

anderen luetischen Anhaltspunkten einen gewissen diagnostischen Wert für den Praktiker haben.

Da wir vermittels unserer Methode einzelne Hautbezirke reizen können, ist der Effekt um so größer; die mechanisch irritierte Hautpartie kontrastiert dann mit der umgebenden viel intensiver, als dies bei anderen Methoden der Fall ist, bei welchen die ganze Haut gleichmäßig dem irritierenden Agens ausgesetzt wird. Auf jeden Fall können sich die Methoden unterstützen und gegenseitig ergänzen.

Literatur.

Šamberger, Česká Dermatologie, 1923, H. 4.

Aus der Hautklinik der städtischen Krankenanstalten zu Dortmund (Leiter: Prof. Dr. med. JOHANN FABRY).

Über intramuskuläre Kuhmilchinjektionen bei Zervixgonorrhoe.

Von

Dr. FERDINAND HAGEN, Assistent der Klinik.

Unter den unspezifischen Injektionsmitteln verdient für die Behandlung der Zervixgonorrhoe die sterilisierte Kuhmilch deshalb besonderes Interesse, weil mit ihrer Anwendung geradezu frappante Erfolge bei der gonorrhoischen Bindehauterkrankung erzielt worden sind. Die intramuskulären Injektionen von sterilisierter Kuhmilch haben sich deshalb auf diesem Gebiete der Gonorrhoetherapie fest eingebürgert. Ihr Heilerfolg wird von den meisten Autoren weniger der Allgemeinwirkung des artfremden Eiweiß im Sinne jeder Proteinkörpertherapie (Reizung zu vermehrter Bildung natürlicher Abwehrstoffe) noch der daraus folgenden Herdreaktion, als vielmehr der erhöhten Körpertemperatur zugeschrieben, welche das Wachstum der Gonokokken hemmen und sie schädigen, ja bei 42° direkt vernichten soll.

Bei Gonorrhoe der Genitalien sind nun die analogen Erfahrungen mit der „Heilfieberbehandlung" keineswegs so in der Mehrzahl günstig, daß diese auch bei deren Behandlung allgemein in Gebrauch gekommen ist. Die Anwendung heißer Vollbäder, die auch eine Fieberbehandlung darstellt, ist, weil häufig gefährlich und meist zwecklos, fast überall wieder aufgegeben. Und statt der sterilisierten Kuhmilch, die unter den Injektionsmitteln am ehesten hohes Fieber erzeugt, bevorzugt man solche Mittel, die nicht oder nicht hauptsächlich durch Erhöhung der Körpertemperatur, sondern durch spezifische oder unspezifische Immunisierung, schließlich auch kombiniert (Gonokokkenkasein, Gono-Yatren), wirken sollen.

Neuerdings ist nun von RUMPEL (1) aus der WERTHERschen Klinik in Dresden eine Arbeit über Gonorrhoebehandlung bei Frauen erschienen, in der die sterilisierte Kuhmilch als „das erfolgreichste Unterstützungsmittel bei der Gonorrhoebehandlung" bezeichnet wird. Angeregt durch

Digitized by Google

die dort berichteten Erfolge haben wir im Sommer vorigen Jahres 79 Fälle von Zervix-Gonorrhoe, die zum Teil mit Urethra-Gonorrhoe und Adnexitis kombiniert waren, bei Prostituierten behandelt und zum Teil nachbeobachtet, worüber im folgenden berichtet werden soll.

Unsere Technik war folgende: Im allgemeinen injizierten wir 10 ccm, bei gleichzeitiger Adnexitis 2—6 ccm. Die Anzahl der Injektionen betrug 4—5. Weil sie von den durchweg nervösen Patientinnen (Prostituierte) meist höchst ungern genommen wurden, haben wir nicht an aufeinanderfolgenden Tagen, sondern nur jeden 3.—4. Tag injiziert, zumal wir anfänglich mit den Erfolgen zufrieden waren. Die Injektionsbehandlung dauerte also 2—$2^1/_2$ Wochen. Eine Sensibilisierung, um das hier schon zu erwähnen, trat dabei nicht ein einziges Mal auf. Arthigon intravenös unmittelbar vor der Milchinjektion, wie es von Rumpel zur Ausschwemmung der Gonokokken empfohlen wird, gaben wir nur, wenn nach der ersten Injektion keine oder nur geringe Temperaturerhöhung eintrat. Etwa in der Hälfte der Fälle wurde darnach eine höhere Temperatur erzielt. Nebenbei wurde stets lokal behandelt.

Die Allgemeinreaktion des Körpers war fast immer stark. Die Temperatur stieg fast stets über 37,2, meistens über 38,0 und bei 23 (etwa 30 %) der Patientinnen über 40,0 am Nachmittage eines, mehrerer oder sämtlicher Injektionstage. Subjektiv bestanden Kopf-, Kreuz-, und Gliederschmerzen, Adnexschmerzen bei subakuten und chronischen Adnexitiden — akute wurden nicht behandelt —, vor allem aber starke Schmerzhaftigkeit an den Injektionsstellen der Glutäen, die oft mehrere Tage anhielt. Bei einer Patientin bildete sich nach ihrer Entlassung, d. h. mehr als 14 Tage nach der Injektion, ein ausgedehnter Abszeß, der chirurgisches Eingreifen erforderte. Wiederholt traten Metrorrhagien, Menorrhagien oder blutiger Ausfluß, mehrmals vorzeitiges Einsetzen der Periode bis um angeblich 8 Tage auf. Je einmal beobachteten wir bei Patientinnen, die auch früher vereinzelt daran gelitten hatten, Häufung von epileptischen bzw. stenokardischen Anfällen. Diese hörten nach Aussetzen der Injektionen alsbald ebenfalls auf.

Bei einer Patientin, die angeblich vorher noch nie Milchinjektionen erhalten hatte, trat unmittelbar im Anschluß an die erste Injektion ein ernster Chok auf. Sie verlor das Bewußtsein, die Atmung stand vorübergehend still, der Puls war unfühlbar, die Haut, besonders im Gesicht, bläulich rot. Dieser Zustand dauerte indes kaum 1—2 Minuten und verschwand, nachdem 1 ccm Koffein gegeben und künstliche Atembewegungen eingeleitet waren. Daß es sich hier nicht um eine Embolie, sondern trotz der ersten Injektion um eine „Überempfindlichkeit" gegen die injizierte Kuhmilch handelte, beweist, abgesehen von dem Überwiegen der Herzerscheinungen, das Auftreten einer ausgedehnten Urtikaria. Der erste Ausbruch der Quaddeln erfolgte $4^1/_2$ Stunden nach der Injektion und war am Abend größtenteils abgeklungen. Temperatur abends 37,2. Etwa 24 Stunden nach der Injektion kam ein schwächerer Nachschub, und am 2. Tage war Patientin völlig wieder wohl. Natürlich wurde die Injektion nicht wiederholt.

Und nun zu dem wichtigsten Punkte unserer Erfahrungen, zu der Frage: Wie war die Beeinflussung der Gonorrhoe, wie stand es vor allem

Digitized by Google

RESEARCH LABORATO
NOT TO BE REMOV

mit dem endgültigen Verschwinden der Gonokokken? Wir geben zu, daß wir im Anfang mit dem Erreichten durchaus zufrieden waren und deshalb auch keinen Grund sahen, unseren Behandlungsmodus intensiver zu gestalten. Von den ersten 22 Behandelten brauchte nur eine länger als 20 Tage nach der ersten Injektion, also noch nach Beendigung der $2^1/_2$ Wochen erfordernden Injektionskur in der Klinik bleiben. Gonokokken wurden noch gefunden: 6mal nach der 1., 3mal nach der 2., 2mal nach der 3., 1mal nach der 4. und 5. Injektion. Der Ausfluß, sofern solcher bei den meist chronisch kranken Prostituierten überhaupt bestand, ließ wiederholt deutlich nach und wurde klarer. Nur in 4 dieser 22 Fälle gaben die Patientinnen nach der ersten Injektion an, der Ausfluß habe zugenommen, und hier fanden sich auch noch Gonokokken. Nach weiteren Injektionen schwanden diese fast in demselben Maße, wie der Ausfluß nunmehr nachließ. Die Fälle mit hoher Temperatursteigerung verhielten sich dabei nicht anders wie die mit geringer.

Erst der 23. von uns behandelte Fall war ein so ausgesprochener Mißerfolg nach anfänglichem Scheinerfolg, daß er uns jeden Optimismus nehmen mußte. Es handelte sich um eine 20jähr. Patientin, die schon seit $1^1/_2$ Jahren in einem Fürsorgeheim behandelt war. Nach der 1. und 2. Milchinjektion keine starke Temperatursteigerung oder sonstige Reaktion. Nach der 3. und 4. Injektion stieg das Fieber auf 39,3 bzw. 40,2. Eine 5. Injektion wurde nicht gegeben, da das Allgemeinbefinden für mehrere Tage gestört war. Gonokokken, die vorher stets zahlreich vorhanden waren, wurden seit der 2. Injektion an 9 aufeinanderfolgenden Tagen nicht mehr gefunden. Der vorher bestehende starke, grünlich-gelbe Ausfluß war nahezu geschwunden, eine ebenfalls seit langem bestehende Erosio flacher und blasser geworden. Patientin sollte entlassen werden. Am Tage, bevor es dazu kam, erneut starker Ausfluß, Schmerzen im Unterleib, Druckempfindlichkeit und Muskelspannung über dem Unterbauch beiderseits in der Adnexgegend, Fieber über 40,0: Beiderseitige Adnexitis. Im Zervixsekret wieder zahlreiche intrazelluläre Gonokokken.

Einen ähnlichen Fall, bei dem aber noch höheres Fieber erzielt worden war, lassen wir gleich folgen: 23jähr. Prostituierte, die bei der polizeiärztlichen Kontrolle schon wiederholt gonokokken-positiv und in der Klinik behandelt worden war. Auch jetzt wieder: Go. cervicis et urethrae. Nach der 1. Milchinjektion kein Fieber, nach der 2. 41,1. Stark gestörtes Allgemeinbefinden. Die Temperatur blieb noch während 3 Tagen zwischen 39,0 und 40,0. Auch hier Schwinden des Ausflusses und der Gonokokken bis zur Entlassung (5 Präparate). Bei der nächsten polizeiärztlichen Kontrolle wurden ebenfalls Gonokokken nicht gefunden, dagegen wieder bei der übernächsten mehrere Pärchen im Zervixsekret. Patientin gab an, sie habe seit 2 Tagen wieder Ausfluß; Geschlechtsverkehr habe sie in der Woche seit ihrer Entlassung aus der Klinik noch nicht gehabt. In der Tat war der Bordellbesuch bei der damaligen schlechten Wirtschaftslage im besetzten Gebiet derart zusammengeschrumpft, daß diese Angabe der Patientin durchaus glaubwürdig erscheint und wir annehmen müssen, daß es sich auch hier um ein Wiederaufflackern der chronischen, nicht um eine frische Infektion handelte.

Auf diese Frage, ob nämlich das unmittelbar nach den Injektionen

Digitized by Google

beobachtete Verschwinden der Gonokokken von Dauer sei, haben wir nun unser Hauptaugenmerk gerichtet. Unter den 79 insgesamt behandelten Prostituierten waren 46 unter Kontrolle stehende und 33 von der Polizei aufgegriffene Personen. Die letzteren konnten nicht genügend nachuntersucht werden. Von den 46 anderen wurden in den nächsten 3 Monaten, meist aber schon in den ersten Wochen, nicht weniger als 41 bei der polizeiärztlichen Kontrolle von neuem gonokokken-positiv befunden. Von den 5 übrigen haben 2 in den nächsten Wochen Dortmund verlassen. Nur 3 waren 3 Monate hindurch bei jeder Kontrolle gonokokkenfrei. Bleiben die beiden Fälle, die sich der Nachbeobachtung unterzogen haben, unberücksichtigt, so fanden wir im Verlaufe von 3 Monaten bei 41 von 44, d. h. in 93%, von neuem Gonokokken. Natürlich wird es sich bei einer größeren Anzahl dieser wiederaufgenommenen Prostituierten um erneute Infektion gehandelt haben. Das Mikroskop gibt darüber keinen sicheren Aufschluß. Vergleicht man aber die Zahl der von den kontrollierten Prostituierten in 3 Monaten wegen Gonorrhoe überhaupt aufgenommen und der nach andersartiger Gonorrhoebehandlung in 3 Monaten wieder aufgenommenen mit den obigen Zahlen, so ergibt sich folgende Zusammenstellung:

	Zahl der Prostituierten überhaupt	140
1.	Davon in 3 Monaten wegen Gonorrhoe aufgenommen	102
	Prozentsatz der Aufgenommenen	71%
	Zahl der nachuntersuchten mit Milchinjektion Behandelten	44
2.	Davon in 3 Monaten wiederaufgenommen .	41
	Prozentsatz der Wiederaufgenommenen . .	93%
	Zahl der mit anderen unspezifischen Injektionen (Natr. salicyl., Olobintin) Behandelten	25
3.	Davon in 3 Monaten wieder aufgenommen .	16
	Prozentsatz der Wiederaufgenommenen . .	64%
	Zahl der nur lokal Behandelten	20
4.	Davon in 3 Monaten wieder aufgenommen .	13
	Prozentsatz der Wiederaufgenommenen . .	65%.

Schon diese Zahlen sprechen dafür, daß es sich bei einem großen Teil der Wiederaufgenommenen nicht um neue Ansteckung, sondern um ein Wiederaufflackern der mit Milchinjektionen behandelten Zervixgonorrhoen handeln muß. Noch wichtiger für die Beurteilung dieser Frage ist aber die Beobachtung, die wir weiterhin machen konnten, daß bei mehr als der Hälfte der 44 wiederaufgenommenen Fälle die Präparate positiv ausfielen, die während oder — nach Angabe der Patientinnen — unmittelbar nach der Menstruation entnommen wurden. Und als wir drittens auch noch feststellen mußten, daß ein Teil der wiederaufgenommenen Fälle besonders hartnäckig verlief und viele bald zum 3. und 4. Male in die Klinik kamen, da haben wir die intramuskulären Injektionen von sterilisierter Kuhmilch gänzlich fallen gelassen. Wir konnten

Digitized by Google

uns des Eindrucks nicht erwehren, daß sie nicht nur für die Dauer zwecklos, sondern zuweilen sogar schädlich seien, derart, daß nicht die Widerstandskraft des Körpers, sondern die der Gonokokken gewachsen, bzw. die des Körpers vermindert worden sei.

Unbedingt ablehnen müssen wir die Wirkung des „Heilfiebers" in dem Sinne, daß die erhöhte Körpertemperatur als solche genügen soll, die Gonokokken zu töten. Unsere Fälle mit hohem Fieber zeigen durchaus keinen besseren Erfolg als die mit geringerem. ODENTHAL und KOHL (2) haben vor kurzem einen Fall veröffentlicht, wo trotz der enormen Temperatur von über 43,0 schon nach 4 Tagen wieder Gonokokken im Zervixsekret gefunden wurden. Wir glauben deshalb auch nicht, daß unsere Ergebnisse günstiger wären, wenn wir die Injektionen an aufeinanderfolgenden Tagen und stets kombiniert mit Arthigon gegeben hätten. Die oft unmittelbar nach den Injektionen beobachtete vorübergehende Wirkung auf Ausfluß und Gonokokken möchten wir als eine für die Dauerheilung der Zervixgonorrhoe nicht genügende Proteinkörperwirkung auffassen, die sich auch mit anderen Injektionssmitteln ohne hohes Fieber, starke Schmerzhaftigkeit und andere Nebenerscheinungen erreichen läßt.

Literatur.

1. RUMPEL, Die Gonorrhoebehandlung bei Frauen, besonders die Heilfieberbehandlung mit Milchinjektionen. Derm. Zschr., Bd. 40. — 2. ODENTHAL und KOHL, Kritische Bemerkungen zur Arbeit: Die Gonorrhoebehandlung bei Frauen, besonders die Heilfieberbehandlung mit Milchinjektionen von Dr. WERNER, G. RUMPEL. Derm. Zschr., Bd. 42.

Über einen Fall von Ulcus vulvae acutum (LIPSCHÜTZ).

Von

Dr. BENEDYKT FROMMER in Drohobycz.

Mit 1 Abbildung im Text.

Die Zahl der bisher veröffentlichten Mitteilungen über das von LIPSCHÜTZ beschriebene Krankheitsbild „Ulcus vulvae acutum" ist noch immer spärlich und rechtfertigt die Beschreibung weiterer Krankenbeobachtungen.

Wenn auch alle Fälle in den Hauptmerkmalen (wie akutes Auftreten, hauptsächliches Vorkommen bei Virgines, Schmerzhaftigkeit usw.) übereinstimmen, so zeigt doch fast jede Kranke Eigentümlichkeiten, zumal, wie in meiner Beobachtung, eine bisher in der Literatur nicht beschriebene Komplikation festgestellt werden konnte. Unser Fall, der in die Gruppe der „gangränösen Form" des Ulcus vulvae acutum gehört, zeigt nämlich eine in keiner der bisher beschriebenen Beobachtungen angetroffene weitgehende Gewebszerstörung.

Die 17jähr. H. N. suchte meine Ambulanz am 2. März d. J. auf. Sie gibt an, seit 4—5 Tagen Schmerzen und Brennen am Genitale zu verspüren. Die Schmerzen sind so intensiv, daß ihr das Gehen und Bewegen erschwert sind. Koitus absolut negiert. Sie betritt die Ordination mit gespreizten Beinen und macht den Eindruck einer Schwerkranken.

Digitized by Google

Status praesens: Das äußere Genitale, namentlich das rechte große und das linke kleine Labium stark angeschwollen; das linke kleine Labium ragt aus der Schamspalte hervor.

An der Innenfläche des rechten großen Labiums findet sich ein zwanzighellergroßes, rundes Ulkus mit leicht induriertem Grund und mit wenig unterminierten Rändern.

Ein zweites Geschwür befindet sich an der Innenfläche des linken kleinen Labiums. Das Ulkus ist über kronengroß, unregelmäßig konturiert, mehr einem Dreieck ähnlich, gangränös mit graugrünem, schmierigem, festhaftendem Belag und stark unterminierten Rändern; die Sonde gelangt etwa $^1/_3$ cm unterhalb des Randes.

Keine Drüsenschwellung in inguine.

Fluor ziemlich stark. Hymen vollkommen intakt. Temperatur 38,2° C.

An beiden Unterschenkeln finden sich mehrere ein- bis zweihellergroße Purpuraflecke.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt Leukozyten, reichlich Bacillus crassus und stellenweise Kokken; keine Ducrey-Unnasche Bazillen, keine Spirochäten.

Therapie: Bettruhe und Burowumschläge.

Am 4. März ist die Schwellung zurückgegangen. Das Geschwür am kleinen Labium vergrößert, etwa zweikronengroß; der gangränöse Belag stößt sich stellenweise vom Rande her ab. Keine Drüsenschwellung. Temperatur 36,9° C. Mikroskopisch: fast nur Bacillus crassus. Therapie wie oben.

Am 6. März zeigt das Ulkus am kleinen Labium einen Fibrinbelag im Zentrum, die Peripherie ist zum Teil gereinigt. Die Ränder sind sehr stark unterminiert, besonders an einer Stelle bis $^2/_3$ cm. Das Geschwür am großen Labium zum Teil überhäutet. Therapie: wie oben. Die mit dem Eiter der Geschwüre vorgenommene Inokulation am Oberschenkel der Patientin verlief negativ.

Am 10. März ist das Ulkus am großen Labium vollständig mit glatter, zarter Narbe abgeheilt. Das Ulkus am kleinen Labium ist gereinigt und weist hier und da nekrotische Fetzen auf. An der Stelle der stärksten Unterminierung zeigt das kleine Labium eine erbsengroße Perforation (s. Abb.). Ätzung der Perforationsstelle mit Acidum carbolicum liquefactum und Einstreuen mit Xeroform.

Der ziemlich starke Fluor zeigt mikroskopisch fast nur Bacillus crassus.

16. März. Beginnende Epithelisierung.

Zusammenfassung.

Der hier geschilderte Fall entspricht der gangränösen Form des Ulcus vulvae acutum (Lipschütz) und geht mit starkem, zur Perforation des kleinen Labium führenden Gewebszerfall einher. Es empfiehlt sich in derartigen Fällen, an Stelle der indifferenten Behandlung gleich mit Ätzungen (Acid. carbolic. liquefactum) bis unter die Ränder zu beginnen, um das Tiefergehen der Gewebseinschmelzung zu verhüten.

Literatur.

B. Lipschütz, Ulcus vulvae acutum, in Unnas Dermatologischen Studien, Bd. 25.

Digitized by Google

Einige Bemerkungen über den amerikanischen Ursprung der Syphilis.

Von

Dr. G. VORBERG in München.

Über den Ursprung der Lustseuche ist in letzter Zeit wieder viel herumgestritten worden, ohne jedoch die Frage zu entscheiden. Die Anhänger des amerikanischen Ursprungs der Syphilis und ihre Gegner stehen sich erbittert gegenüber. Die Frage ist von der archäologischen, pathologisch-anatomischen und epidemiologischen Seite aus erörtert worden. Die geschichtliche Seite kommt jedoch meiner Ansicht nach dabei zu kurz. Es seien daher noch einige Bemerkungen gestattet. Die sogenannten Amerikanisten behaupten, die Syphilis sei durch die Mannschaft des Kolumbus eingeschlept worden. Wie bekannt, unternahm Christoph Kolumbus vier Entdeckungsfahrten. Die erste vom 3. August 1492 bis zur Rückkehr an die Mündung des Tejo am 4. März 1493. Zweite Reise: Abfahrt von Cadiz 25. September 1493. Rückkehr am 8. (oder 11.) Juni 1496. Dritte Reise: Abfahrt 30. Mai 1498, Rückkehr nach Cadiz 25. November 1500, schließlich vierte Reise: Abfahrt 9. Mai 1502, Rückkehr 7. November 1504 (San Lucar).

OVIEDO läßt in seiner Historia natural y general de las Indias (Sevilla 1535) die Spanier erst 1496, als sie von der zweiten Amerikafahrt heimkehrten, die Syphilis nach Europa einschleppen. Er wiederholt in seinem Buche diese Zahl an 3 Stellen in römischen Ziffern! OVIEDO behauptet, daß sich im Heere des Gonzalo Fernandes de Cordova, der dem König von Neapel gegen die Franzosen zu Hilfe eilte, mehrere syphilitische Spanier befunden hätten. Gonzalo de Cordova landete in Messina am 24. Mai 1495. Hätte Kolumbus 1496 die Syphilis eingeschleppt, so konnten die spanischen Soldaten sie nicht schon 1495 im Königreich Neapel verbreiten und auf die Krieger Karls VIII. von Frankreich übertragen. Karl traf am 22. Februar 1495 in Neapel ein und zog am 20. Mai 1495 mit 9000 Mann ab, also 4 Tage bevor Gonzalo de Cordova in Messina eintraf. Erst im Juni 1495 stießen Spanier und Franzosen, und zwar die unter dem Herzog von Montpensier zurückgelassenen Mannschaften, bei Seminara zusammen. Was von den vom Typhus schwer heimgesuchten Franzosen in Italien übrig blieb, kehrte auf dem Seewege nach Frankreich zurück, kam also weder mit den Venetianern noch mit den Mailändern in Berührung, die Marcellus Cumanus im Lager vor Novara behandelte. Die Belagerung von Novara dauerte vom 4. Juli bis zum 10. Oktober 1495. Man wird einwenden und hat eingewendet, OVIEDO habe sich in der Jahreszahl geirrt. Die unter Karl VIII. heimkehrenden Franzosen[1]) seien durch Spanier angesteckt worden, die die erste Entdeckungsfahrt des Kolumbus mitgemacht hätten. OVIEDO habe sich in der Jahreszahl geirrt, ein merkwürdiger dreimaliger Irrtum! Wir wollen davon absehen, daß B. FULGOSUS erklärt, die Syphilis sei in Italien bekannt gewesen, 2 Jahre bevor Karl VIII. dorthin gekommen sei, also seit 1492, auch davon absehen, daß TORELLA sie in der Auvergne im Jahre 1493 beginnen läßt, d. h. feststellt. Aber weder Peter Martyr noch Ferdinand Kolumbus, der hochgebildete Sohn des Entdeckers, sagen etwas von einer Einschleppung, obwohl sie sonst alle Einzelheiten der Entdeckungsfahrt erzählen, über alle Leiden und Widerwärtigkeiten der Seefahrer berichten. Auch von den spanischen und portugiesischen Geschichtsschreibern der Zeit erwähnt keiner den angeblichen Einbruch der westindischen Seuche, obwohl diese Männer sich mit der Entdeckung der neuen Welt ausführlich in allen Einzelheiten beschäftigten. Es schweigen über die Seuche Hernando del Pulgar, Luccio Marineo Siculo, Alonso

[1]) SUDHOFF verweist in Nr. 10, 1925, der Dermatologischen Wochenschrift wiederum anf die Pariser Verordnung gegen die malades de la grosse vérole. Diese Verordnung stammt vom 25. März 1494 (abgedruckt auch in HESNAUT, Le Mal français, Paris 1886, S. 157/158). Das angeblich auf der Rückkehr die Ansteckung verbreitende Heer Karls VIII. überschritt erst im September 1494 die Alpen zum Einmarsch in Italien.

Digitized by Google

Estanques. Es schweigt der portugiesische Edelmann und Hofgeschichtsschreiber Garcia de Resende in seiner Lebensbeschreibung des Königs Johann des II. (Evora 1554). Er schweigt, obwohl er den Entdecker und sein Gefolge sah, obwohl er über alle Ereignisse von Bedeutung berichtet. Sollte seine Krankheit, die so schwere Verunstaltungen verursachte, wie sie z. B. Alexander Benedictus schildert, wo die Kranken stanken, daß man ihre Nähe floh, wo Gesicht, Hände und Füße von Geschwüren zerfressen waren, sollte eine solche Krankheit Männern, die zu beobachten gewohnt waren, entgangen sein?[1]).

Wenn Ferdinand Kolumbus sagt, daß bei der Landung seines Vaters am 30. August 1498 in Hispaniola ein großer Teil der Spanier, die auf der Insel zurückgeblieben waren, gestorben sei, von den anderen mehr als 160 an der „Franzosenkrankheit" erkrankt gewesen seien, so ist dies kein Beweis, daß die Syphilis von der Insel stammte, auf der Insel einheimisch gewesen wäre. Sie konnte ebensogut aus Spanien dorthin verschleppt worden sein. Ob es sich bei einer Mannschaft, die an Hungertyphus, Malaria, Skorbut u. a. litt, überhaupt um Syphilis gehandelt habe, ist, nebenbei gesagt, fraglich. Oviedo führt (Buch 2, Kap. 13) die Leiden der Seefahrer auch auf das feuchte Klima der Insel zurück. Die ersten Zurückkehrenden hätten eine safrangelbe Gesichtsfarbe gehabt und seien bald gestorben. Von Petro Margarite meint er, da dieser bleich aussah und über Schmerzen klagte, er sei syphilitisch gewesen, aber er zeigte keine sichtbaren Merkmale (Pero no le vi buas algunas).

Nikolaus Poll (1517) lehrte, das Guajakholz von der Insel Hispaniola heile die Syphilis. Seitdem verbreitete sich der Glaube, daß von dieser Insel auch die Krankheit stamme, immer mehr. Zu diesem Glauben trugen auch die Schriften des Leonhard Schmaus und Ulrichs von Hutten bei.

Wollte man, wie man es getan hat, die 1492 aus Spanien vertriebenen Juden (Marranen) für die Stammväter der Syphilis ansehen, so bewiese das erst recht, daß die Krankheit vor der Rückkehr des Kolumbus in Spanien verbreitet war, denn Kolumbus traf erst im März 1493 wieder in Spanien ein.

Daß die Syphilis eine neue Krankheit sei, bestritten auch erfahrene Ärzte, die zur Zeit des Kolumbus lebten, wie Leonicено (1428—1524), Brunswig (geb. 1424), Schellig, Widmann. Fracastoro (1483—1553), einer der bedeutendsten Ärzte des 16. Jahrhunderts, lehnt die Einschleppung der Syphilis aus Westindien mit der Begründung ab, eine schleichende Krankheit habe sich unmöglich in so kurzer Zeit in Europa als Folge einer Ansteckung verbreiten können, die zuerst von einer Schiffsmannschaft ausgegangen sei. Es sei vielmehr eine feststehende Tatsache, daß zu derselben Zeit oder fast zu derselben Zeit sich die Krankheit in Spanien, Frankreich, Italien und im Norden (tota fere Scythia) gezeigt habe (De morbis contagiosis II, C. 12, Venetiis 1584).

Ein amerikanischer Ursprung der Syphilis läßt sich mit aller Überredungskunst nicht beweisen, wohl aber ist es wahrscheinlich, daß sich um die Wende des 15. Jahrhunderts, wo unter den bestehenden ungünstigen gesundheitlichen Verhältnissen — Kriegszügen, Ausschweifungen u. a. m. — sich die Seuche verbreitete, eine Trennung der Krankheit als besonderes Leiden, allgemein[2]) als Leiden sui generis, von den vielen Hautleiden, mit denen man sie früher vermengt und verwechselt hatte, vorgenommen wurde. Schließt man sich dieser Ansicht an, so wird auch jene dreimal von Oviedo wiederholte Zahl 1496 verständlicher, denn damals erkannten auch die spanischen Ärzte die Syphilis als ein Übel eigener Art.

---

[1]) Den Feinden und Neidern des Kolumbus wäre ja die „eingeschleppte" Krankheit ein willkommener Anlaß zur Anschuldigung gewesen — aber kein Wort davon! — [2]) „Allgemein", denn schon im 14. und 15. Jahrhundert sind Unterscheidungen von anderen Hautleiden zu verzeichnen.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie.

1925, Jg. 1, Nr. 1.

Eine ab Januar 1925 in Paris erscheinende Monatsschrift. Ihr Herausgeber, Milian, gibt ihr das folgende Vorwort: „Le domaine de la Syphiligraphie et de la Dermatologie est si vaste qu'il justifie toute publication nouvelle."

Valeur comparée des injections intraveineuses et sous-cutanées dans la chimiothérapie par les arsénobenzols (Intravenöse und subkutane Injektionen in der Arsenobenzoltherapie), von G. Milian und Girauld-Paris. S. 6. Bei der künstlich gesetzten Naganainfektion der Kaninchen (Trypanosoma Brucei) erreichten Verff. Heilung mit einer Injektion 914, 3 cg pro kg Körpergewicht am 3. wie am 12. Tag der Krankheit gegeben. Es war hierbei einerlei, ob intravenös oder subkutan bzw. intramuskulär injiziert wurde. Bei 1,5 cg pro kg Körpergewicht ebenso, wenn am 3. Krankheitstag injiziert wurde. Bei 1,5 cg am 12. Tag war der Erfolg nicht mehr sicher und neigte zugunsten der intravenösen Injektion. Die Heilung bei dieser Dosis und zu diesem Zeitpunkt war bei intravenöser Injektion sicherer, die Rezidive waren unbedeutender, und Todesfälle wurden nach intravenöser Injektion erst vom 35. Tage ab, bei subkutaner schon vom 24. Tage an beobachtet. So gebührt der intravenösen Therapie der Vorrang.

L'ictère syphilitique primaire (Primärer syphilitischer Ikterus), von Gastou und Tissot. S. 26. 47jähr. Pat. mit frischem Primäraffekt am Präputium, Infektion vor 4 Wochen, seit kürzerer Zeit Ikterus. In der Anamnese keine Leber-Gallenerkrankungen. WR negativ, Dunkelfeld positiv. Prompte Heilungen der ikterischen Erscheinungen nach zunächst 1 cg Hg intravenös, nachfolgend alle 3 Tage 3 cg Bismut intramuskulär. Nach 12 Bismutinjektionen und genügend Salvarsan völliges klinisches Symptomlosbleiben; WR blieb negativ. Es muß sehr frühzeitige Leberschädigung im Anschluß an Primäraffekt angenommen werden.

Recherches récentes sur l'infection chancrelleuse (Neue Untersuchungen über die Ulcus-molle-Infektion), von E. Rivalier. S. 31. Experimentelle Versuche zur Diagnostik und Therapie des Ulcus molle. Die Reenstierna-Reaktion der Haut nach Vakzination mit besonders hergestellten Aufschwemmungen von Unna-Ducreyschen Bazillen hat bei 700 Fällen eine so große Regelmäßigkeit gezeigt, daß Verf. ihre diagnostische Spezifität als erwiesen betrachtet. Je länger die Infektion zurückliegt, desto heftiger und eindeutiger ist die Hautreaktion. Die Unna-Ducreyschen Bazillen enthalten nach Verf. ein Endotoxin, das diese Reaktion auslöst. Seine Versuche, der Ulcus-molle-Infektion auf dem Impfwege vorbeugend oder heilend zu begegnen, setzt Verf. fort. Die Schutzimpfung bleibt eine schwebende Frage. Die Serotherapie hat sich als ungenügend und gegenüber der Vakzination in ihrer Wirkung als gleich Null erwiesen. Die Ulcus-molle-Infektion ist zu betrachten nicht als streng örtliche Erkrankung, sondern als eine Affektion, die schnell und dauernd den Organismus beeinflussen kann, indem sie ihn überempfindlich macht gegen die Toxine des Unna-Ducrey-Bazillus. Diese Überempfindlichkeit wird ersichtlich durch die Intrakutanreaktion, die ein wichtiger diagnostischer Fortschritt ist. Es bleibt die Möglichkeit, spezifische Therapie zu treiben. Nicolle hat durch seine intravenöse Vakzinetherapie bemerkenswerte Resultate erreicht. Nach Verf. ist diese Methode berufen, die Terapie entscheidend zu beeinflussen und die Prognose der schweren Ulcus-molle-Formen zu bessern. Immunität ist nicht zu erreichen, da die Impfung wohl den Körper sensibilisiert, aber nicht schützt gegenüber der Infektion.

Lymphadénome de la verge (Lymphadenom des Penis), von Milian, Périn und Solente. S. 44. Radiumbestrahlungen führten bei großem Lymphadenom des Penis mit Beteiligung der Leistendrüsen und gleichen Tumoren an beiden Waden zu kosmetisch bemerkenswerter klinischer Heilung. Rezidive in der rechten Leiste und an den Beinen sind aber nicht ausgeblieben. H. Lippert-Köln.

Digitized by Google

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1925, Bd. 6, Nr. 2.

Contribution à l'étude des lichénifications anormales. La lichénification hypertrophique ou géante (Beitrag zum Studium außergewöhnlicher Lichenifikationen. Die hypertrophische oder Riesenlichenifikation), von L. M. Pautrier. S. 81. Gestützt auf die Arbeiten von Bizozzero, Ehrmann, Kreibich, Wecker charakterisiert Verf. eine Form von Lichen als klinisches Bild, nämlich den Lichen hypertrophicus giganteus. Befallen werden die Stellen, an denen die Haut dünn und leicht abhebbar ist: am Skrotum, Labia majora, Inguinalfalten, Regio glutaea, Achselbeugen. Die Vegetationen imponieren als erhabene Pseudotumoren, können eine Mycosis fungoides und gar ein Epitheliom vortäuschen. Angeführt werden 4 Fälle, die durch 12 Abbildungen anschaulich gemacht werden, 7 davon zeigen den histologischen Aufbau der Pseudotumoren, dessen charakteristisches Element eine riesige Hyperakanthose ist.

Contribution a l'étude de l'infection générale gonococcique. Méningite gonococcique et purpura gonococcique (Beitrag zum Studium der generalisierten gonorrhoischen Infektion, Meningitis und Purpura gonorrhoica), von E. Bruusgaard und Thjötta. S. 114. Es wird die Erkrankung eines 21jähr. Mannes beschrieben, der mit Purpura als Diagnose aufgenommen wurde. Gesicht gedunsen, rechter Knöchel schmerzhaft geschwollen. Starke Kopfschmerzen, Temperatur 40°, Puls 110 regelmäßig. Gehirnnerven o. B. Eitriger Ausfluß aus der Harnröhre, Prostata geschwollen, Gonokokken +++. Lumbalpunktion ergibt verdächtigen, fibrinösen Liquor, Zellzahl 760 im Kubikmillimeter. Pandy ++, Nonne-Apelt ++. Zentrifugat ergibt große Mengen intra- und extrazelluläre Gonokokken. Gonokokkenwachstum auf Blut und Aszitesagar. Behandlung: 13 Tage lang täglich Lumbalpunktion; jedesmal werden 20 ccm Liquor entnommen und 40 ccm Antimeningokokkenserum intralumbal gegeben. Am 10. Behandlungstage Epididymitis dextra, Temperatur 39,8°. Neuer Schub von Petechien. Puls 100. Herz o. B. Vom 13. Tage an Besserung, vom 29. an kein Fieber mehr. Histologischer Befund der petechiösen Effloreszenzen: Der Prozeß spielt sich hauptsächlich in den Endverzweigungen der Arterien ab, die hochgradig erweitert sind. Um die Gefäße herum Infiltrate von Leuko- und Lymphozyten, nirgendwo ausgesprochene Ekchymosen. Schweißdrüsen in geringerem Grade befallen, Epidermis außer leichtem Ödem o. B. Vermittels Immersion sind in den entzündlichen Thrombosen der Arterien im Pappillarkörper massenhaft intraleukozytäre Gonokokken zu finden.

Lichen corné hyperkératosique avec érythrodermie, lichen plan, lichen buccal (Hyperkeratotischer Lichen corneus gleichzeitig mit Erythrodermie, Lichen planus und buccalis), von H. Malherbe. S. 129. Verf. will einen Beitrag zur Frage der Genese der verschiedenen Formen des Lichen liefern. Die Ursache des Lichen ist zwar noch nicht bekannt; heute neigt man dazu, sie in toxischen oder infektiösen Prozessen zu suchen. Er will die verschiedenen Formen des Lichen auf eine einheitliche Grundlage bringen, indem bemerkt wird, daß ein gleiches Agens auf verschiedenen Stellen der Haut mit ihrem wesentlich gleichem aber dennoch im einzelnen verschiedenen Aufbau auch verschiedene pathologische Erscheinungen machen könnte. Zitiert wird eine Arbeit von Nicolas (Ann. de Derm. et de Syph., Nov. 1923). Der von dem Verf. beobachtete Fall entwickelte sich im Laufe eines Jahres; es zeigte sich eine Erythrodermie, die zunächst das Gesicht und den behaarten Kopf befiel, später den Hals und Nacken und die Streckseiten der Hände. Auf den roten Flecken verdickt sich die Haut, und es entstehen disseminierte Herde von hyperkeratotischem Lichen corneus. Sie konfluieren zum Teil miteinander und bilden dicke Schilde. Verstreut zwischen diesen Gebilden bemerkt man zahlreiche kleine, dunkelrote, stecknadelkopfgroße Knötchen; sie sind deutlich abgegrenzt und in der Mitte eingedellt, viele zeigen weiße Streifen: also typischer Lichen ruber planus. Mundschleimhaut mit echten Lichen-ruber-planus-Effloreszenzen.

Sur le zona généralisé et ses variétés gangréneuses (avec une note sur les toxicodermies par la cyanamide) (Über den generalisierten Herpes zoster und seine gangränösen Varietäten mit Bemerkungen über die Toxikodermien durch Zyanamid), von Ch. Laurentier-Toulouse. S. 134. Unter dem Hinweis auf die Seltenheit eines generalisierten Herpes zoster wird ein solcher Fall beschrieben. 52jähr. Armenier, Arbeiter in einem Betriebe, in dem Zyanamid hergestellt wird, sonst gesund, weist an allen Stellen des Körpers, die der Einwirkung von Staub unterliegen — befallen sind Gesicht, Unterarme, Brust, Innenseite der Oberschenkel, Skrotum und Penis — ein Exanthem

Digitized by Google

auf, das bald mit Beeten ulzerierter herpetischer Effloreszenzen bedeckt war. Sensorium benommen, trockene Zunge, Albuminurie, Urobilinurie. Temperatur 39,6°. Puls 100. Augen: Ödem der Lider, konjunktivale Injektion, Chemosis, Ulcus corneae oculi dextri, vordere Kammern trüb. Milz vergrößert, Axillar- und Inguinaldrüsen geschwollen, Leber o. B. Blutbild: Vermehrte Myelozyten. WR in Blut und Liquor negativ. Zellzahl: Liquor 2 im Kubikmillimeter. Der Beschreibung des Falles folgen Betrachtungen über die Ätiologie des Herpes zoster, wobei die Ansichten verschiedener Autoren gegenübergestellt werden. Zum Schluß Bemerkungen über die toxische Wirkung von Zyanamid, durch welches dieser Fall von generalisiertem Zoster hervorgerufen wurde. Monaco und Frattali werden angeführt, nach deren Ansicht die Schädigung durch das bei der Darstellung von Zyanamid freiwerdende Ammoniak hervorgerufen wird, das in den Blutkreislauf gelangt und bei Alkoholikern gefährlich werden könne, weil der Alkoholgehalt des Blutes bessere Lösungsverhältnisse für Ammoniak bietet. F. J. Baar-Bad Kreuznach.

Archives of Dermatology and Syphilology.

1925, Bd. 11, Nr. 3.

Experimental Studies in Eczema. I. Study of the Sensibility of the Skin of Rabbits to Chemical Irritants under Experimentally Induced Conditions (Experimentelle Studien über das Ekzem. I. Beobachtung der Hautsensibilität von Kaninchen nach chemischer Reizung unter experimentell hervorgerufenen Bedingungen), von J. V. Klauder und H. Brown-Philadelphia. S. 283. Luithlen, der zuerst experimentell über erhöhte Hautsensibilität Ekzematöser arbeitete, ist der Meinung, daß der Stoffwechsel der Basen hierbei eine wichtige Rolle spielt. In vorliegender Arbeit wurde zur Hautreizung von Katzen und Kaninchen Krotonöl und Terpentinöl angewendet und die Wirkung bei verschiedener Diät, nach verschiedenen Injektionen usw. beobachtet. Die Hautsensibilität war vermindert nach Gemüseernährung, nach Injektion von Kalziumchlorid, nach Seruminjektion von gesunden und ekzematösen Menschen und nach Chloroformnarkose; unverändert dagegen nach Injektion von Salzsäure, Oxalsäure, nach Entfernung der Milz, des Pankreas und der Nebennieren. Verf. kommt zu der Überzeugung, daß besonders das Kalzium neben anderen noch unbekannten Faktoren eine große Rolle bei der Frage der Hautsensibilität Ekzematöser spielt.

Eczema and Dermatitis (Ekzem und Dermatitis), von W. J. Highman-New York. S. 303. Ekzem und Dermatitis sind ein einheitliches Krankheitsbild, bedingt durch Einwirkung äußerer Ursachen auf ein besonders präpariertes Feld. Diese innere Ursache ist oft vergeblich erforscht und hat meist bei Entfernung der äußeren Schädlichkeit ihre Bedeutung verloren.

Cactus Spine Pseudotubercle: Report of a Case Associated with Lupus Vulgaris, Pulmonary and Laryngeal Tuberculosis (Pseudotuberkel durch Kaktusstachel: Bericht über einen Fall mit gleichzeitigem Lupus vulgaris, Lungen- und Kehlkopftuberkulose), von R. E. Barney-Michigan. S. 331. Tumoren des Gesichts und Körpers bei einem Tuberkulösen mit Lupus vulgaris erwiesen sich histologisch als Fremdkörpertumoren um Kaktusstacheln. Ein Tumor des Gesichts wies eine Kombination von Lupus mit Fremdkörpertumor auf, während eine Wucherung im Kehlkopf eine rein miliare Tuberkulose zeigte.

Acnitis, with Particular Reference to the Bacteriologic Findings: Report of a Case (Aknitis, mit besonderer Berücksichtigung des bakteriologischen Befundes: Bericht über einen Fall), von J. F. Schamberg und M. J. Harkings-Philadelphia. S. 339. Der Ausstrich von einer offenen Läsion bei Aknitis ergab einen gramnegativen Bazillus X. Eine Emulsion eines nichtulzerierten Knotens, Meerschweinchen intraperitoneal injiziert, rief eine allgemein pustulo-krustöse Eruption hervor. Der Bazillus X wurde sowohl von Hautstellen als auch im Blut und vom Peritoneum nachgewiesen. Agglutinationsversuche mit Bazillus X und Patientenserum schlugen fehl. Die Komplementfixierungsmethode mit Patientenserum und einem Antigen, bestehend aus einer konzentrierten Suspension des Bazillus X in einer Salzlösung, gab eine deutlich positive Reaktion. Bazillus X gehört offenbar in die Gruppe des Kolibazillus. Keines der inokulierten Tiere zeigte irgendeine Erscheinung von Tuberkulose. Die Aknitis ist nach Verf. als selbständige Krankheit aufzufassen, die plötzlich auftritt und sich in Schüben wiederholt. In einigen Fällen Beginn mit Fieber und Allgemeinerscheinungen.

Digitized by Google

The Cultural Requirements of the Acne Bacillus, with Special Reference to the Hydrogen-Ion Concentration of the Mediums most Suitable for its Growth, with a Note on an Unidentified Bacillus Occasionally Associated with it (Die kulturelle Erforschung des Aknebazillus, mit besonderer Berücksichtigung der Wasserstoffionenkonzentration des am besten für sein Wachstum geeigneten Nährbodens, mit einer Bemerkung über einen nicht identifizierten, mit ihm gemeinsam vorkommenden Bazillus), von W. Ketron und E. L. Burky-Baltimore. S. 354. Der zuerst von Unna beschriebene Aknebazillus wächst am besten in einem sauren Medium mit Wasserstoffionenkonzentration 6,2 und 6,8. Er wächst langsam, am besten unter Luftabschluß. Zur Erzielung eines guten Wachstums ist Anreicherung mit Dextrose oder Glyzerin notwendig. Dann tritt auch am ehesten die für den Bazillus charakteristische Pigmentbildung auf.

Dermatitis Gangrenosa Infantum: Report of a Case (Dermatitis gangraenosa infantum: Bericht über einen Fall), von H. V. Dwyer und G. H. Klinkerfuß-St. Louis. S. 368. Die Dermatitis gangraenosa eines unterernährten, rhachitischen, 14 Monate alten Kindes entstand primär, heilte ab und entstand kurze Zeit darauf noch einmal auf dem Boden erworbener Varizellen. Der letale Ausgang war auf die vorhergegangenen Krankheiten (Masern, Keuchhusten, Pneumonie) zurückzuführen. L. Mühlpfordt-Allenstein.

Annales des Maladies Vénériennes.

1925, Jg. 20, Nr. 3.

Gommes et ulcérations syphilitiques cyanotiques (Livide luetische Gummata und Ulzerationen), von H. Gougerot. S. 161. An den unteren Gliedmaßen sehen wir nicht selten Geschwürsbildungen, deren Grund und Ränder mehr oder weniger blaurötlich verfärbt sind; drückt man einen Objektträger darauf, so sieht man kleine rote Punkte, ein Zeichen von Kapillarrupturen in dieser zyanotischen Zone. Ein Teil dieser Geschwüre verdankt seine Entstehung einer rein luetischen Infektion, entweder einer ererbten oder einer erworbenen; ein anderer Teil beruht auf einer Mischinfektion von Lues und Tuberkulose. In allen derartigen Fällen wird man an beides denken müssen. Die Prognose ist nicht günstig, die Behandlung außerordentlich langwierig, da diese Geschwüre nur sehr schwer vernarben. Intensive antiluetische Behandlung führt zuweilen zum Ziel, wobei mit den Mitteln (Arsen, Wismut, Quecksilber) zu wechseln ist; unterstützende Jodbehandlung ist empfehlenswert. Schon vernarbte Geschwüre neigen zum Wiederaufbruch und sind entsprechend zu schützen.

Ulcérations cyanotiques des syphilitiques (Die lividen Geschwüre der Luetiker), von H. Gougerot. S. 171. Hierbei handelt es sich nur indirekt um syphilitische Ulzerationen, insofern als die Geschwürsbildung die Folge ist von sklerotischen Gefäßveränderungen luetischer Natur. Eine Kapillare obliteriert durch einen Thrombus, es entsteht eine Nekrose und im Anschluß daran ein livides Geschwür. Besonders an den Beinen treten diese Ulzerationen auf, nachdem Krampfadern und die diese oft begleitenden Ekzeme das Feld vorbereitet haben. Das Unterhautzellgewebe ist oft sklerotisch verändert, oft ödematös infiltriert. Ebenso wie die Entstehung des Geschwürs langsam und allmählich erfolgt, geht auch die Überhäutung nur sehr langsam vor sich. Rückfälle sind häufig, weil die prädisponierenden Faktoren ja bestehen bleiben. Bei der Diagnose wird es vor allem darauf ankommen, festzustellen, ob eine luetische Infektion vorliegt oder nicht. In vielen Fällen wird das nur mit einem gewissen Grad von Wahrscheinlichkeit geschehen können, da der Wassermann oft im Stich läßt. Die Behandlung ist, wenn notwendig, antiluetisch, wobei jedoch die Jodpräparate zu vermeiden sind. Daneben wird eine intensive Lokalbehandlung versuchen, die Vernarbung anzuregen. Unterstützend wirken hier allgemein diätetische und mediko-mechanische Maßnahmen, die ein Fortschreiten der Gefäßveränderungen hintanhalten sollen.

Les dyschromies consécutives aux traitement arsénobenzéniques (Verfärbungen der Haut im Anschluß an Salvarsanbehandlung), von A. Boutelier. S. 182. Diese Verfärbungen treten als zweierlei Typen auf: entweder im Anschluß an eine Erythrodermie oder aber als selbständiges Krankheitsbild. Bei der ersten Kategorie handelt es sich in der Regel um diffuse Hyperpigmentierungen, die sogar über den ganzen Körper verbreitet sein können. Nur ein einziger Fall von Hypopigmentierung ist beschrieben (Buschke). Bei den Fällen der zweiten Art ist es stets Hyperpigmentierung, nie

Digitized by Google

Hpyopigmentierung. Vor der Pigmentierung oder gleichzeitig damit treten stets entzündliche Erscheinungen auf, die aber immer nur ganz vorübergehender Natur sind. Die Pigmentationen nach Salvarsan treten fleckenförmig auf, während wir beim Arsenizismus diffuse Melanodermien sehen; diese erscheinen, ohne daß irgendwelche entzündlichen Hautveränderungen vorausgegangen sind. Unklar ist noch, woher diese Pigmentierungen kommen. Vielleicht hängen sie mit der Phenolgruppe im Salvarsan zusammen und stellen dann eine Parallele dar zu den Pigmentveränderungen nach Antipyrin und Phenolphthalein, die ja auch eine Phenolgruppe enthalten. F. Landauer-Berlin.

The Urologic and Cutaneous Review.

März 1925, Bd. 29, Nr. 3.

New Ways for the Serodiagnosis of Syphilis (Neue Wege für die Serodiagnose der Syphilis), von C. Bruck-Altona. S. 127—129. Ebenso wie die Spinalflüssigkeit muß auch das Blut stets nach mehrfachen Methoden untersucht werden. Die von B. vor einigen Jahren eingeführte Lipoidflockung mit syphilitischem Serum gibt bei akuter Lues, Lues latens, tertiärer Lues, Tabes mehr positive Resultate als die WR; sie muß hier zu Hilfe genommen werden.

Results of Experimental Investigations of Syphilis (Ergebnisse der experimentellen Syphilisforschung), von R. Frühwald-Chemnitz. S. 129—132. Syphilitisches Material bleibt nach der Entfernung von dem menschlichen Körper um so länger infektiös, je feuchter das Medium ist, in dem es aufbewahrt wird; Material von toten Körpern kann mehrere Tage infektiös sein. Die Reinigung von Gegenständen, an denen syphilitisches Material haftet, muß mechanisch oder durch Anwendung von Desinfizienzien erfolgen. Durch Temperaturen über 37° wird das Syphilisvirus zerstört. Bei der Untersuchung des Liquors von Kaninchen konnten nach ungenügender Salvarsanbehandlung die charakteristischen Veränderungen nachgewiesen werden. Mischung von Serum eines Falles von Frühlatenz mit spirochätenhaltigem Material ist infektiös, Mischung des letzteren mit Serum von Spätlatenz ist es nicht. Jedoch ist Serum eines Falles von Frühlatenz allein nach erfolgreicher Behandlung nicht infektiös, doch darf daraus nicht der Schluß gezogen werden, daß derartige Sera spirochätizid wirken.

Early Treatment and Early Cure of Syphilis. The So-Called Abortive Treatment (Frühbehandlung und Frühheilung der Syphilis. Die sogenannte Abortivbehandlung), von K. Zieler-Würzburg. S. 133—136. Die Abortivbehandlung ist auf einen verhältnismäßig kleinen Kreis von Fällen beschränkt; als Mittel kommt nur Salvarsan in Betracht (Neosilbersalvarsan). Der Erfolg hängt von der geeigneten Auswahl der Fälle ab; dafür ist von Bedeutung das Alter der Infektion, Schwellung der benachbarten Lymphdrüsen, auch während der Behandlung dauernd negative WR, Sitz des Primäraffektes, da je nach diesem die WR früher oder später positiv wird.

Syphilis from the Social Standpoint. A Study from Histories, January 1917—July 1923 (Syphilis vom sozialen Standpunkt), von V. C. Pedersen-New York. S. 136 bis 144 (Schluß). In weiteren Tabellen wird das Material nach verschiedenen Gesichtspunkten gegliedert: Prozentsatz der Infektiösen bei erster und letzter Untersuchung, Zahl der stattgehabten Konsultationen, Alter, Beschäftigung der Patienten, Symptome, Überweisungsstellen.

Case Histories in Dermatology (Hautkrankheiten an der Hand von Fällen), von J. Harper Blaisdell-Boston, Mass. S. 144—147 (Fortsetzung). Keratosis senilis, Verrucae plan. juvenil., Condyloma acuminat. (Fortsetzung folgt.)

April 1925, Bd. 29, Nr. 4.

Salient Factors Governing Urological Diagnosis and Treatment (Hauptfaktoren in der urologischen Diagnose und Behandlung), von E. W. White und C. O. Ritch-Chicago, Ill. S. 191—195. Es wird nach einem Überblick über die in Frage kommenden Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Krankheitsformen darauf hingewiesen, daß eine exakte urologische Untersuchung in jedem Falle von Hämaturie und Pyurie erforderlich ist, daß der Gebrauch und Mißbrauch des Zystoskops und Harnleiterkatheters sowie die verwickelten Verzweigungen der Geschlechtsorgane und ihre Rolle bei Infektionen besser bekannt sein sollten.

Digitized by Google

Papilloma of the Bladder. Complicating Pregnancy (Papillom der Blase. Schwangerschaft komplizierend), von W. G. Sexton-Marshfield, Wis. S. 195—197. Fall von Blasenblutungen während der Schwangerschaft; derartige Blutungen können essentiell sein, jedoch auch auf Papillomen beruhen, deshalb ist Zystoskopie erforderlich. Hier wurde wegen starker Blutungen am Ende der Schwangerschaft die zögernde Entbindung durch Sectio caesarea beendet, das danach festgestellte Papillom mit Fulguration und Radium zum Schwinden gebracht.

Renal and Ureteral Calculi (Nieren- und Harnleitersteine), von Ch. E. Stolz. S. 197—198. Erfahrungen an 45 Kranken. Empfehlung der zystoskopischen Entfernung, wofern nicht Kontraindikation (Sitz des Steines, Unmöglichkeit, das Hindernis zu passieren, unmittelbar drohende Urämie).

Extraperitoneal Rupture of the Bladder with Extensive Extravasation of Urine — Report of Case (Extraperitoneale Blasenruptur mit großem Urinextravasat — Bericht eines Falles), von Calhoun Stirling-Washington, D. C. S. 198—199. Unfall beim Reiten durch Anpressen gegen den Sattelknopf. Operation am 7. Tage danach. Heilung.

Reduction of the Element Risk in Prostatectomy (Verminderung der Gefahr bei der Prostatektomie), von G. Van Amber Brown-Detroit, Mich. S. 200—203. Notwendige Beobachtungen vor, geeignete Pflege nach der Operation. Deren Zeitpunkt und Methode (ein- oder mehrzeitig) der Individualität des Falles anpassen.

Olfactory Perceptions and Sexual Emotion (Geruchsempfindungen und Geschlechtserregung), von E. Podolsky-Brooklyn, N.Y. S. 203—204. Bei niederen Rassen spielt der Geruchssinn eine große Rolle bei den Geschlechtsverhältnissen, bei den höher kultivierten werden künstliche Gerüche, Parfüms, zur Erregung des Mannes, besonders von Prostituierten, angewendet. Gewisse Gerüche scheinen eine besondere Wirkung auszuüben. Die Beziehungen zwischen Olfaktorius und Sexualerregung zeigen sich in dem nahen Beieinanderliegen in der Hirnrinde, der gleichen anatomischen Struktur (erektiles Gewebe). Geschlechtskräftige Individuen, besonders Männer, haben große Nasenlöcher. Die Gefäße der Nase werden von dem Geschlechtszyklus und den Geschlechtserregungen beeinflußt; Schwellung gleichzeitig mit dieser an dem erektilen Gewebe der Nase, ebenso auch zur Zeit der Menstruation, vikariierende Menstrualblutungen. Mängel am Olfaktorius können zu Störungen der Geschlechtsfunktion führen.

Congenital Syphilis (Kongenitale Syphilis), von F. R. (Nicholas) Carter-South Bend, Ind. S. 204—209. 3.5—5% der kindlichen Bevölkerung ist syphilitisch. Hervorragende Bedeutung der Prophylaxe. In mindestens 68% der beobachteten Fälle zeigten sich ausreichend sichere Symptome für die Diagnose. Beste Prognose bei Beginn der Behandlung vor dem ersten Jahre. WR bleibt oft positiv ohne Rücksicht auf Stärke und Art der Behandlung.

Epididymektomie, von W. Scott Pugh-New York. S. 209—213. Indikationen und Operationsmethoden, durch 8 gute Abbildungen ergänzt. Hauptsächlich bei Tuberkulose und chronischer, häufig rezidivierender Epididymitis. Unter Umständen Anastomose zwischen Vas deferens und Hoden.

The Milk Gland of the Mammalia including Man in the Light of our Knowledge of Philogenesis (Die Milchdrüse der Mammalien einschließlich des Menschen im Lichte unserer phylogenetischen Kenntnisse), von A. Sokolowski-Hamburg. S. 213—217. Nichts Neues.

Skin Tuberculosis versus Systemic (Hauttuberkulose im Gegensatze zur konstitutionellen), von M. Scholtz-Los Angeles, Cal. S. 217—219. Hauttuberkulose zeigt eine Vielzahl von klinischen Typen. Von ihnen beruht nur eine Minderzahl auf lokaler ektogener Infektion, die meisten sind Symptome einer aktiven oder latenten Infektion an irgendeiner Stelle des Organismus und beruhen auf hämatogener oder lymphogener oder direkter Selbstinfektion des Patienten. Sie sind zwar nicht häufig, würden aber bei größerer Verbreitung ihrer Kenntnis bei den Praktikern häufiger nachgewiesen werden. Die symptomatischen Tuberkulide können von großer Bedeutung sein, indem sie das Bestehen schon vorher festgestellter Tuberkulose bestätigen oder bei Mangel physikalischer Symptome auf an irgendeiner Stelle vorhandene Herde latenter Tuberkulose hinweisen.

E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Arznei- und gewerbliche Schädigungen. Dermatitis artificialis.

Case of Protein Anaphylaxis (Ein Fall von Protein-Anaphylaxie), von F. Mc Kenna-Aya. (Brit. m. J., 1925, Nr. 3345, S. 265.) Der 8jährige Sohn des Verf. trug einen (toten) Hasen auf den Schultern und um den Hals gelegt eine Strecke von 5 Minuten nach Hause. Wenige Minuten nach der Ankunft entstanden Intoxikationserscheinungen: starkes Jucken und Rötung an den Augen, Koryza, intensives, vom Hals sich über das ganze Gesicht ausbreitendes Erythem und im weiteren Verlauf bronchitische Erscheinungen und ein nächtlicher Asthmaanfall. Nasenspülungen förderten während einiger Tage kleine Ballen von Haaren zu Tage. Proben auf Sensibilisierung, die 8 Tage nach Beginn vorgenommen wurden, ergaben eine stark positive Reaktion.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Barley Itch (Gerstenausschlag), von A. G. G. Thompson-Southampton. (Brit. m. J., 1925, Nr. 3341, S. 71.) Im August 1924 und in den folgenden 3 Monaten wurde bei Hafenarbeitern, welche mit dem Verladen von Gerste beschäftigt waren, in fast epidemischer Form ein sehr stark juckender Ausschlag hauptsächlich an den Vorderarmen, aber auch am ganzen Oberkörper und ebenfalls, obwohl in geringem Grade, an den unteren Extremitäten beobachtet. Die Läsionen erscheinen 10—12 Stunden, nachdem Pat. mit der Gerste zu tun gehabt hat, in Gestalt eines roten Stippchens, dem sich bald ein ausgedehntes Erythem und auch Bläschenbildung zugesellen. Im Laufe von 2 bis 4 Tagen vergeht der Ausschlag unter Hinterlassung von bräunlichroten, stecknadelkopfgroßen Pigmentflecken. Als Materia peccans beschuldigt Th. Parasiten der Körnermotte, welch letztere in Mengen vorgefunden wurde, doch konnte er aus Mangel an Material bestimmte Beweise nicht erzielen. Von anderer Seite sind Milben in großer Anzahl bei diesen Fällen gefunden worden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung.

Comment agissent les radiations (Wie wirken die Bestrahlungen), von F. de Courmelles. (Gaz. des hôp., 1925, Nr. 16, S. 259—260.) Am sichtbarsten sind von den Wirkungen die örtlichen Zerstörungen und die Vernichtung des Hämoglobins. Die jungen Zellen werden besonders betroffen. Die Wellenlänge der Strahlen kommt nicht allein in Betracht; die äußeren Verhältnisse der Haut (Pigmentierung) spielen eine große Rolle. Wichtig ist ferner die Radiochemie (Zerstörung des Adrenalins, Toxischwerden des Albumins, Schwächung der Fermente, der Leberkatalase). Bisweilen kann eine Steigerung der Hautsensibilität bewirkt werden. E. Levin-Berlin.

Kritische Betrachtungen zum gegenwärtigen Stand der strahlentherapeutischen Forschung, von H. Holfelder, Röntgenabt. Chir. Univ.-Kl. Frankfurt a. M. (M. Kl., 1925, Nr. 10, S. 366—368.) Einige Probleme sind bereits gelöst; andere, über die noch Meinungsverschiedenheiten bestehen, müssen zwecks einheitlicher Lösung scharf formuliert werden. Die Tiefenwirkung ist durch Hochspannungs-Tiefentherapie ideal gelöst; von einer weiteren Steigerung (über 220000 Volt am Apparat oder über 8 mA hinaus) ist nichts mehr zu erwarten. Die Dosierung gelingt in völlig exakter Weise; die pro Kubikzentimeter Körpergewebe absorbierte Röntgenstrahlenmenge ist durch Ionisationsmessungen exakt festzustellen. Es fehlt nur noch die Einigung auf eine einzige Maßeinheit (als „Röntgen" zu bezeichnen). Auch über die Verteilung der eingestrahlten Röntgenenergie innerhalb der Körpertiefe wissen wir genügend Bescheid; über das physikalische Ergebnis der verschiedenen Methoden orientiert der Felderwähler. Dabei muß auf die natürlichen Abwehrkräfte des Körpers weitgehende Rücksicht genommen werden. Das Ziel der örtlichen Verteilung der Strahlendosis ist gelöst; die geeignete zeitliche Verteilung steht noch zur Diskussion. Die Behandlung in einer Sitzung zeigt häufig Mißerfolge; die auf dem karyokinetischen Index aufgebaute Methode (Berechnung der Zeit, innerhalb deren alle Zellen des betreffenden Gewebes einmal ein Kernteilungsstadium durchgemacht haben, in dem die höchste Strahlenempfindlichkeit besteht) hat Fortschritte gebracht, versagt aber auch noch oft. Gänzlich ungeklärt ist die Bedeutung, die der Chemo- und Serotherapie als Unterstützung des strahlentherapeutischen Vorgehens zukommt. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

The Rôle of the Electron in X Ray and Radium Therapy (Die Rolle des Elektrons bei der Röntgen- und Radiumbehandlung), von D. C. A. Butts-Philadelphia. (Med. J. and Record, 1925, Bd. 121, Nr. 7, S. 397—403.) Auf Grund von in kurzem Referate nicht wiederzugebenden Beobachtungen und Erwägungen wird die Wirkung der Röntgen- und Radiumbehandlung bei malignen Tumoren auf das negative Elektron bezogen. Über die Art, wie dieses in der Zelle wirkt, bestehen zur Zeit erst Hypothesen. E. Levin-Berlin.

Über die Dessauersche Punktwärmehypothese, von H. Holthusen, Allg. Krkhs. St. Georg Hamburg. (Strahlenther., 1925, Bd. 19, H. 2, S. 285.) Nach Ansicht des Verf. hat Dessauer nicht den Beweis seiner Punktwärmehypothese erbracht. Er hält es für richtiger, die biologischen Vorgänge nach den Röntgenbestrahlungen den photochemischen Wirkungen einzureihen. E. Hornemann-Lüneburg.

Zum biologischen Wirkungsmechanismus der Röntgenstrahlen, von F. Pordes, Zentral-Röntgeninst. Allg. Krkhs. Wien. (Strahlenther., 1925, Bd. 19, H. 2, S. 307.) Eine Verteidigungsarbeit gegen die Angriffe von Heidenhain, Dessauer, Caspari. E. Hornemann-Lüneburg.

Sur la radiosensibilite cellulaire (Über zelluläre Strahlenempfindlichkeit), von P. Ancel und P. Vintemberger. (Cpts. rend. de Soc. de Biologie, 1925, Bd. 92, Nr. 7, S. 517.) Durch Bestrahlungsversuche an Hühnereiern erkannten Verff., daß bei Bestimmung der Strahlenempfindlichkeit Fehler unterlaufen können. Der Hauptfehler ist die Verwechslung der durch die Strahlen hervorgerufenen Schädigung und ihrer Manifestation. Beim Studium der biologischen Wirkung der Röntgenstrahlen sind drei Stadien zu unterscheiden: 1. die durch die Strahlen bedingte Schädigung (radiolésion); 2. ihre manifesten Erscheinungen (facteurs de manifestation des lésions); 3. die Heilungssymptome (facteurs de guérison). Mikroskopisch sind oft Veränderungen erkennbar, die in alle Gruppen einzurechnen sind. A. Holländer-Hamburg.

Experimental and Clinical Evidence Supporting the Action of the Secondary Radiations from the Röntgen Tube in the Treatment of Malignant Processes (Experimentelle und klinische Beweise für die Wirkung der sekundären Röntgenstrahlen bei der Behandlung maligner Prozesse), von J. W. Frank-Philadelphia. (Med. J. and Record. 1925, Bd. 121, Nr. 7, S. 403—405.) Tierversuche zeigten die ganz besondere Wirksamkeit der sekundären Strahlen. Auf der exzessiven Bestrahlung mit primären negativen Elektronen beruhten vielfach frühere Mißerfolge. Die vermehrte Tätigkeit der Krebszellen kann durch neutralisierende oder antidotale Dosen sekundärer Strahlen auf ein normales Gleichgewicht zurückgeführt werden. Die durch die sekundären Strahlen bei Tieren bewirkten örtlichen und konstitutionellen Besserungen können in gleicher Weise auch beim Menschen hervorgebracht werden. E. Levin-Berlin.

Gibt es eine indirekte Reizwirkung der Röntgenstrahlen? von G. Holzknecht-Wien. (W. m. W., 1925, Nr. 3, S. 162.) Verf. wendet sich energisch gegen die mißbräuchliche Benutzung des Ausdruckes der „Reizwirkung" in der Röntgenologie, da hierfür außer dem bisher beweislosen Weiterzitieren des Arndt-Schulzeschen Gesetzes keinerlei stichhaltige Beweise der „Reizwirkung" erbracht seien. Man kann nur von „therapeutischen Effekten" der Röntgenstrahlen sprechen, die entweder primär sind und eine erkrankte Stelle, z. B. Haare, entweder nur vorübergehend schädigen oder, wie Tumoren, zerstören, oder aber sekundäre therapeutische Effekte, die gewissermaßen Untereffekte der primären Wirkung sind. Sie bestehen in einer Reihe noch nicht vollständig erforschter Wirkungen, zu denen unter anderem der zerstörende Einfluß auf Leukozyten gehört und das Freiwerden von Antitoxinen aus ihnen. „Für ‚Reizwirkungen der Röntgenstrahlen' ist weder in der Welt der Tatsachen noch in unserer Vorstellung, noch in unserem wissenschaftlichen Wortschatze ein Platz."

E. Langer-Berlin.

Über den Mechanismus der Strahlenwirkung im Gewebe, von A. Fernau, Allg. Krkhs. Wien. (Strahlenther., 1925, Bd. 19, H. 1, S. 142.) Unsere Kenntnisse über die mechanistische Röntgenstrahlenwirkung sind nur begrenzte; sie genügen nicht, um uns Aufklärung über die Vorgänge zu verschaffen. Man kann annehmen, daß es sich bei Strahlenwirkung handelt: um Ionisierung, Steigerung der H-Ionenkonzentration, Änderung der Gefäß- und Zellwandpermeabilität, Änderung der dispersen Phase und der Ladung der Körperkolloide, Lockerung der Eiweißlipoidkomplexe, Zustandsänderungen des Serumalbumins, Oxydation und andere chemische Prozesse auf Gewebe und Blut. E. Hornemann-Lüneburg.

Digitized by Google

Action des rayons X sur les tissus. Diminution de la réaction d'un organe sensible au moyen de l'adrénaline (Zur Wirkung der Röntgenstrahlen aufs Gewebe. Reaktionsherabsetzung eines empfindlichen Organs durch Adrenalin), von J. Jolly und R. Ferroux. (Cpts. rend. Soc. de Biologie, 1925, Bd. 92, Nr. 3, S. 125.) Bei Röntgenbestrahlung von Lymphdrüsen in der Kniekehle eines Kaninchens zeigte die Lymphdrüse, in deren Umgebung 15 Minuten vor der Bestrahlung 1—2 ccm Sol. adrenalin. hydrochlor. (1 : 1000) injiziert wurden, bei der 4—6 Stunden später erfolgenden Exstirpation keine besonderen Veränderungen im Gegensatz zur anderen Lymphdrüse, bei der sich Veränderungen in den Keimzentren finden. Bei einem anderen Kaninchen, bei dem die Adrenalininjektion in die Fußsohlenhaut erfolgte, zeigte ebenfalls die bestrahlte Lymphdrüse dieser Seite nur ganz unbedeutende Veränderungen. Die verschiedene Wirkung der Röntgenstrahlen wird dadurch erklärt, daß durch Adrenalin der Zufluß von Blut und Lymphe vermindert ist. Die Lebensfunktionen des lymphatischen Gewebes werden herabgesetzt, und seine Zellen reagieren deshalb weniger lebhaft auf Röntgenstrahlen. Durch andere Versuche muß festgestellt werden, ob es sich um wirkliche Empfindlichkeitsherabsetzung handelt. A. Holländer-Hamburg.

Die fortgesetzte Kleindosis und deren biologische Begründung, von G. Schwarz-Wien. (Strahlenther., 1925, Bd. 19, H. 2, S. 325.) Der Verf. betont seine Priorität in betreff der Einführung der fortgesetzten kleinen Röntgendosen bei der Behandlung von Tumoren. Er habe diese Methode bereits 1914 eingeführt und zugleich die biologischen Grundlagen veröffentlicht. Der Verf. weist auf die Wachstumsbedingungen der Zellen hin, die zum Teil Zufallsgesetzen unterliegen, und die daher gegenüber einer fraktionierten Röntgenbestrahlung empfindlicher sind. Andererseits kann aber auch die Strahlenempfindlichkeit von Faktoren, wie Artcharakter des Tumors, Individualität des Bestrahlenden, Organzugehörigkeit, abhängig sein, die auch durch die fraktionierte Dosierungsmethode nicht beeinflußbar ist. Die praktischen Resultate, die der Verf. mit seiner Methode erzielt hat, befriedigen ihn sehr. Er bestrahlt zur Zeit in der Art, daß er die Gesamtdosis auf drei Tage verteilt. E. Hornemann-Lüneburg.

Die geeignete zeitliche Verteilung der Röntgendosis. Das „Problem" der Strahlentherapie, von H. Holfelder, Chir. Univ.-Kl. Frankfurt a. M. (Arch. f. kl. Chir., 1925, Bd. 134, H. 2 u. 3, S. 647.) Während heutzutage feststeht, daß man nicht weiter kommt, wenn man den ganzen Körper bestrahlt und so eine Allgemeinimmunität schafft, ist man noch nicht darüber einig, ob man in „verzettelten" Dosen in kurzen Abständen oder in möglichst hohen Dosen bestrahlen soll. Diese Frage ist auch heute noch „das Problem" der Strahlentherapie. Die verzettelten Dosen sind das Indikationsgebiet der prophylaktischen Nachbehandlung. A. Rosenburg-Mannheim.

Absolute und relative Indikationen zur Röntgentherapie von Dermatosen, von K. Ullmann. (W. kl. W., 1925, Nr. 18, S. 488.) Zur Vermeidung von Polypragmasie und zur Verhütung der Diskreditierung der Methode darf die Röntgentherapie nur nach gewissenhaften Indikationen ausgeübt werden, die zweckmäßig in absolute und relative zu trennen sind. Absolute Indikationen bilden hierbei teils durch Röntgenbestrahlung völlig heilbare, teils auf andere Weise überhaupt nicht heilbare, inoperable Affektionen der Haut, wie z. B. Carcinoma inoperabile, Dermatitis papillaris capillitii, Lichen chronic. Vidal, Sycosis vulgaris, während relative Indikationen jene Dermatosen finden, die auch auf anderem Wege günstig beeinflußt werden können, die der Arzt aber aus gewissen äußeren Beweggründen und ganz speziellen Gesichtspunkten der Röntgenbestrahlung zuführt und eventuell mit anderen therapeutischen Methoden kombiniert, wie z. B. Acne vulgaris indurata, Psoriasis vulgaris, Verrucae juveniles. In einem Schema sind die zu den verschiedenen Gruppen gehörenden Affektionen in alphabetischer Anordnung übersichtlich zusammengestellt. Th. Lilienstein-Hamburg.

Radiation Therapy of Malignant Disease (Bestrahlungsbehandlung der malignen Geschwülste), von J. T. Case. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 2, S. 108.) Verf. tritt für die Röntgen- und Radiumbestrahlung bei allen malignen Geschwülsten ein, die beide einmal eine spezifische Wirkung auf die Karzinomzelle selbst ausüben und ferner auch auf das angrenzende Gewebe in günstigem Sinne einwirken. In dieser Hinsicht besteht kein Unterschied in dem biologischen Effekte beider Strahlenarten. Verf. lehnt die Intervallbestrahlung ab und empfiehlt die Intensivbestrahlung mit kleinen täglichen Dosen 8—12 Tage hintereinander. Eine Standarddosis festzusetzen, ist bei der Verschiedenheit der Empfänglichkeit der verschiedenen Karzinomtypen unmöglich. Die histologische Untersuchung muß hier zur Orientierung herangezogen werden; nur sie kann Aufschluß geben, ob die Dosierung eine genügende war. Kombiniert mit der

Digitized by Google

operativen Therapie leistet die Bestrahlungstherapie sowohl vor wie nach der Operation Gutes. Die präoperative Behandlung wirkt in günstigem Sinne auf den Gesundheitszustand ein und verbessert auch sonst die Chancen einer Operation, die durch eine vorhergehende Bestrahlung erleichtert wird. Neben der vernichtenden Wirkung auf die Krebszelle selbst führt sie auch zur Atrophie und Obliterationen der Lymphgefäße und verhindert so eine traumatische Metastasierung. Post operationem kann sie noch stehengebliebene Reste von Karzinomgewebe, die vom Messer nicht erreicht worden sind, vernichten und wirkt somit prophylaktisch. B. Peiser-Berlin.

Der Verlauf des Röntgenerythems mit histologischen Untersuchungen, von H. Th. Schreus, Univ.-Hautkl. Bonn. (D. m. W., 1925, Nr. 9, S. 358.) Verf. bestätigt den von Miescher beobachteten wellenförmigen Ablauf des Röntgenerythems. Neben den beiden ersten Rötungswellen kommt häufig noch eine weitere Welle zwischen dem 30.—45. Tage zur Beobachtung. Die Tiefe der Rötung kann von einer bestimmten Dosis an nicht mehr erheblich gesteigert werden. Weitere Steigerung führt dann zu destruktiven Veränderungen. Somit besteht in der Festlegung der Dosis, die zur maximalen Reaktion der Blutgefäße führt, eine Möglichkeit, biologisch die höchste erträgliche Röntgendosis zu bestimmen. Die Dosis wird natürlich korrigiert werden müssen, wenn größere Felder bestrahlt werden. Bei Bestrahlung kleinster Felder mit sehr harten Strahlen und 0,5 mm Zn-Filter (Symmetrie-Instr., SHS-Röhre, Schreus-Automat, 40 cm Funkenstrecke) beträgt die Dosis 900 R. Histologisch konnte Verf. die Befunde Mieschers ebenfalls bestätigen. Er fand amitotische Kernteilungen in den Geweben der Haut sowie in den Schweißdrüsen und Endothelien der Blutgefäße. Bemerkenswert erscheint Verf. die Beobachtung, daß Amitosen im Epithel erscheinen, ohne daß es zu einer sichtbaren Rötung kommt. Die Tatsache weist darauf hin, daß das Auftreten von vermehrten Mitosen bzw. Amitose nicht mit Rötungswellen verbunden sein muß. Zum Schluß führt Verf. noch eine Beobachtung an, wonach die Applikation von 900 R, gemessen mit dem Grebcochen-Standardinstrument, bei Bestrahlung kleinster Felder kein Erythem erzeugt, wenn man relativ harte, ungefilterte oder mit 0,5 mm Al. gefilterte Strahlen benutzt. Nach Sabouraud-Noiré gemessen, beträgt die Dosis 20 X für ungefilterte, 30 X für mit 5 mm Al. gefilterte Strahlen! Diese Beobachtung findet vielleicht ihre Erklärung in der Verwendung sehr kleiner Flächen, wobei mit der geringen Gewebsmasse ein Ausfall von im Gewebe entstehenden, biologisch wirksamen Produkten einhergeht, die die Entstehung und den Ablauf des Erythems beeinflussen. F. Harry-Wiesbaden.

Die Haut unter dem Einfluß der Röntgenstrahlen, von Th. Fahr, Path. Inst. Allg. Krkhs. Hamburg-Barmbeck. (Virch. Arch., 1925, Bd. 254, H. 2, S. 277—301.) Histologische Untersuchungen über Röntgenspätschädigungen, die zu Ulkusbildung geführt hatten, und deren Früh- oder Vorstadien ohne Ulkusbildung. Die genauen histologischen Befunde müssen im Original nachgelesen werden. Dort auch mehrere Abbildungen. Verf. bekennt sich zu dem von P. G. Unna schon vor 20 Jahren vertretenen Standpunkte (Fortschr. a. d. Gebiete d. Röntgenstr., Bd. 8), daß die Schädigung der Haut durch die Röntgenstrahlen alle Teile der Haut gleichmäßig betrifft, und daß sich keine Anschauung halten läßt, die einen mit besonderer Strahlenempfindlichkeit ausgestatteten Hautanteil proklamiert, von dessen Befallensein die anderen Schädigungen abhängen. Die durch Röntgenbestrahlungen hervorgerufenen Veränderungen der Haut sind vielgestaltig. Um nur einige Unterschiede herauszugreifen, sei erwähnt, daß Fahr bei den Fällen ohne Ulkusbildung starke Pigmententwicklung in der Keimschicht fand, während sie bei den Ulkusfällen schlecht war oder fehlte. Bei den Fällen ohne Ulkusbildung fanden sich im Gegensatze zu den Ulkusfällen keine Kapillarerweiterungen. Beiden Gruppen gemeinsam ist die Schädigung der Hautanhänge, besonders der Schweißdrusen. Die von Rost zuerst betonten Kernveränderungen bestätigt Verf. Die stärksten Kernveränderungen fand F. bei Spätschädigungen. Fahr sagt, daß er Unna nicht folgen könne in der Ansicht, die Schädigung durch Röntgenstrahlen ins Protoplasma zu verlegen. (Diese Ansicht vertrat P. G. Unna in seiner vor 21 Jahren erschienenen Arbeit. Heute mißt U. den Kernen als den Sauerstoffquellen große Bedeutung bei. Ref.!) Als Hauptergebnisse seiner Untersuchungen stellt Verf. fest, daß durch Röntgenstrahlen hervorgerufene vermehrte physiologische Leistung (Vermehrung des Pigments in der Keimschicht) und durch Qualitätsverschlechterung der Zellen in allen Hautabschnitten der Anlaß zur Röntgenspätschädigung gegeben werden kann. A. Holländer-Hamburg.

Über das Verhalten der Hautkapillaren im röntgenbestrahlten Gebiete, von K. Siedamgrotzky, Chir. Univ.-Kl. Charité, Berlin. (Strahlenther., 1925, Bd. 19, H. 1, S. 84.) Durch Adrenalininjektionen und Betupfungen mit Senföl untersuchte der Verf.

Digitized by Google

die Konstriktions- und Dilatationsfähigkeit der Kapillaren in röntgenbestrahlter Haut. Nach Bestrahlungen mit Röntgendosen von der Größe einer HED oder etwas darunter, nahm anfangs die Kontraktionsfähigkeit zu. Mit dem Eintreten der Hautpigmentation aber werden die Kapillaren auf Adrenalin und Senföl unnachgiebig, und dieser Zustand bleibt jahrelang bestehen. Als die Ursache dieser Erscheinungen, die zu Spätfolgen der Röntgenbestrahlungen führen können, muß man eine Schädigung annehmen, die die Röntgenstrahlen in den Rougetschen Zellen der Kapillarwand hervorrufen. Indirekte Wirkungen müssen abgelehnt werden. Die nach Bestrahlungen anfänglich eintretende Durchlaßerhöhung und späterhin eintretende Durchlaßverminderung der Kapillaren ist durch direkte Endothelienschädigung zu erklären. E. Hornemann-Lüneburg.

L'action nocive des rayons X sur les tissus vivants est-elle une action directe ou une action indirecte? (Ist die schädigende Wirkung der Röntgenstrahlen auf das lebende Gewebe eine direkte oder indirekte?), von J. Jolly und R. Ferroux, Radium-Inst. Pasteur. (Cpts. rend. Soc. Biol., 1925, Bd. 92, Nr. 2, S. 67—70.) Verff. bestrahlten Kaninchen intensiv mit Röntgenstrahlen unter partieller Abdeckung bestimmter Teile. Ohne ganz leugnen zu wollen, daß das wirksame Agens teilweise eine indirekte, toxische Schädigung der Zelle ist (Opitz), so glauben sie doch bewiesen zu haben, daß die Strahlen direkt an der Zelle angreifen. Seitenstrahlung ist nach Verff. die Ursache der Annahme indirekter Einwirkung. H. Lippert-Köln.

A Summary of the Effects of Repeated Roentgen-Ray Exposures upon the Human Skin, Antecedent to the Formation of Carcinoma (Über die Wirkung wiederholter Röntgenbestrahlungen auf menschliche Haut, wie sie der Karzinombildung vorausgeht), von S. B. Wolbach-Boston. (Am. J. of Roentgenology, 1925, Bd. 13, Nr. 2, S. 139.) An dem großen chirurgischen Material von C. A. Porter konnten die Hautveränderungen nach Röntgenbestrahlungen eingehend untersucht werden. Als erstes tritt eine Schwellung der kollagenen Fibrillen ein, eine Wirkung, die beim Meerschweinchen nach 48—72 Stunden sichtbar wird und ihr Maximum nach 4—6 Tagen erreicht. Diese Veränderung betrifft sowohl die Gefäßwände wie das Bindegewebsstroma. Möglicherweise liegt ihr eine Steigerung des osmotischen Druckes durch Zerfallsprodukte zugrunde. Da die Epidermis bis zum Eintritt der Schwellung der kollagenen Fasern keine Veränderungen zeigt, so nimmt Verf. an, daß diese nur als sekundäre Folgen von Veränderungen an Lymph- und Blutkapillaren auftreten. Gleichzeitig kommt es zur Zerstörung einzelner Bindegewebszellen, während an anderen Stellen Mitosen sich bilden. Im weiteren Verlaufe findet Neubildung von Bindegewebe statt, und ebenso kommt es zu Wucherungen in den Gefäßwänden. Sie bedingen die charakteristischen Veränderungen der chronisch indurierten Röntgenhaut. Die Veränderungen bei „chronischer Röntgendermatitis" werden charakterisiert als 1. Verlust der Anhangsgebilde der Haut; 2. Ersatz des normalen Kollagens durch ein besonders dichtes, zellarmes, aber elastinreiches, hyalines Kollagen; 3. Gefäßliteration im Korium und subkutanen Gewebe; 4. Nekrosen im Korium von verschiedener Größe unmittelbar unterhalb der Epidermis. Gewöhnlich finden sie sich in der Nachbarschaft thrombosierter Teleangiektasien. 5. Proliferative Vorgänge der Epidermis finden als Reaktion auf die Nekrosen statt. Der erste Beginn der Nekrosen besteht in örtlichem Ödem. An diesen Stellen, an denen Reparation von dem geschädigten benachbarten Gewebe aus nicht stattfindet, wächst das Epithelgewebe in die Tiefe. Die unvollkommene Ernährung dieser Bezirke ist Ursache für das atypische Verhalten des Epithels, die Anhäufung mangelhaft keratinisierter Spindelzellen und die Hyperkeratosen. Alle diese Vorgänge führen dazu, die Ursache für die atypischen Epithelwucherungen und schließlich die Karzinombildung in das Korium zu verlegen. H. Holthusen-Hamburg.

Remarks on the Delayed or Remote Appearence of X-Ray Burns after Long Periods of Latency (Bemerkungen über das verzögerte oder späte Auftreten von Röntgenerkrankungen nach langer Latenzzeit), von R. Matas, New Orleans. (Am. J. of Roentgenology, 1925, Bd. 13, Nr. 1, S. 37.) Mitteilung über zwei eigene Beobachtungen von Spätschäden nebst ausführlicher Beschreibung des Falles Graßmann. (D. Zschr. f. Chir., 1923, Bd. 179, S. 115.) In dem ersten Falle schloß sich die Röntgenverbrennung mit einer Latenzzeit von vier Jahren an eine dreijährige Behandlung mit ungefilterten Strahlen wegen Basedow an. Während des Höhepunktes der Geschwürsbildung, die schließlich zur Vernarbung kam, war ein sechswöchiger Zustand von Benommenheit mit Fieber und Delirien zu beobachten, der mit dem Röntgenulkus am Halse in Zusammenhang gebracht und als „Toxämie" aufgefaßt wird. Der zweite Fall, eine Verbrennung nach dreijähriger prophylaktischer Bestrahlung nach Operation eines

Digitized by Google

Brustkrebses, trat mit dreijährigem Intervalle nach der letzten Bestrahlung auf und hatte einen tödlichen Ausgang. Verf. schließt sich der Ansicht deutscher Autoren an, daß es sich in beiden Spätschädigungen um eine durch fortschreitende Endarteritis hervorgerufene Ernährungsstörung des befallenen Hautgebietes handele und rät zur Behandlung mit dem von J. L. Fischer-Kopenhagen empfohlenen „Incitamin", einer Mischung von von koagulablen Substanzen befreitem Serum trypsinbehandelter Pferde, Pferdespeichel und $^1/_2$%iger Karbolsäure. Die mit dem Mittel getränkten, zweimal am Tage gewechselten Kompressen haben eine bemerkenswerte analgetische und antiseptische Wirkung. H. Holthusen-Hamburg.

Chronic Roentgen-Ray Dermatoses as Seen in the Professional Man (Durch den Beruf hervorgerufene chronische Röntgenstrahlen-Dermatosen), von H. N. Cole-Cleveland. (J. Am. med. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 12, S. 865.) Literaturübersicht, Beschreibung von Klinik und Histopathologie der Röntgenschädigungen der Haut unter besonderer Berücksichtigung neun eigener Fälle. Hervorheben der Sicherheitsmaßregeln zur Verhütung von Röntgenschädigungen. Therapeutisch werden die üblichen Methoden angegeben. Der Arbeit sind einige Abbildungen hinzugefügt.

A. Holländer-Hamburg.

Nachbehandlung der Folgen von Röntgenbestrahlung des Gesichts, von Fr. Polgár-Budapest. (Gyogászat, 1925, Nr. 10.) Die Frühreaktionen sind Hyperämie, Gedunsenheit, Ödeme, Zerfall von strahlenempfindlichem Gewebe, Zellen (Leukozyten), Gehirnreizungen (Erbrechen, Kopfschmerz, Fieber) und Schädigung der Speicheldrüsen. Letztere schwellen nach Anwendung von harten Strahlen, und es stockt die Sekretbildung. Die anderen Reaktionen dauern nur kurze Zeit (1—2 Tage); die Einstellung der Speichelbildung hält aber durch Wochen an und behindert das Kauen und Schlucken. Mit 2—4 Tabletten Neucesol (Merck) nach der Bestrahlung bleiben diese Störungen aus. In einem Falle, wo die Mundtrockenheit seit sechs Wochen bestand (mit Rhagaden der Zunge, Sprechbeschwerden usw.), wurde in einigen Tagen vollkommene Heilung erzielt. Neucesol ist ein Pilokarpinderivat und wirkt spezifisch auf die Parasympatizi, welche die Speicheldrüsen innervieren. M. Porosz-Budapest.

The Surgical Treatment of Roentgen-Ray Lesions (Die chirurgische Behandlung von Röntgenschädigungen), von Ch. A. Porter-Boston. (Am. J. of Roentgenology, 1925, Bd. 13, Nr. 1, S. 31.) Die Erfahrungen des Verf. beziehen sich auf 107 Fälle, von denen er 44 selbst behandelte. Während in der 1. Gruppe, der von einer einzigen Überdosierung gefolgten Schädigungen, die maligne Entartung selten ist, wird sie in der 2. Gruppe, der Ulzeration nach wiederholten Bestrahlungen, häufiger beobachtet. Die Fälle dieser Gruppe kommen in vieler Beziehung den Fällen der 3. Gruppe nahe, den chronischen Hautschäden bei Ärzten und Facharbeitern, bei denen die Karzinomentwicklung ein häufiges Ereignis ist. Von den 46 ihm zur Verfügung stehenden Fällen von Röntgenkrebs, von denen Verf. 15 selber beobachtete, starben 52%, eine Sterblichkeitsziffer, die wahrscheinlich deswegen zu niedrig ist, weil über manche geheilte Fälle nicht berichtet sein dürfte. Die Latenzperiode zwischen der letzten Einwirkung der Röntgenstrahlen und der malignen Entartung kann bis zu 17 Jahren betragen. Bei konservativer Behandlung sind die indifferentesten Mittel die besten. Im übrigen tritt Verf. energisch für die möglichst frühzeitige Exzision des erkrankten Gebietes ein, in allen Fällen, in denen nicht die Nähe wichtiger Nerven oder andere anatomische Umstände. Kontraindikationen bilden. Bei der Behandlung der Keratose wird ebenfalls die Exzision der Anwendung von Kohlensäureschnee oder Elektrokoagulation vorgezogen. Röntgen- und Radiumbehandlung wird nicht nur für die Primärtumoren im geschädigten Hautgebiet, sondern auch für die regionären Drüsen zugunsten eines operativen Vorgehens abgelehnt, obgleich zugegeben wird, daß bei den häufigen Sekundärinfektionen bei Röntgenschäden die Unterscheidung, ob es sich um entzündlich veränderte oder maligne entartete Drüsen handelt, schwierig ist. Mit der Hauttransplantation im Anschluß an die Exzision wartet Verf. so lange, bis sich Granulationen gebildet haben. In der Aussprache wird u. a. darauf hingewiesen, daß das Vorhandensein starker Schmerzen in den regionären Lymphdrüsen nicht als differentialdiagnostisches Zeichen verwendet werden kann, da auch malign entartete Lymphknoten bei Röntgenkrebs sehr schmerzhaft sein können. H. Holthusen-Hamburg.

Electrocoagulation or Desiccation in the Treatment of Keratoses and Malignant Degeneration Which Follow Radiodermatitis (Elektrokoagulation oder Austrocknung bei der Behandlung von Keratosen und maligner Degeneration nach Radiodermatitis), von G. E. Pfahler-Philadelphia. (Am. J. of Roentgenology, 1925, Bd. 13.

Digitized by Google

Nr. 1, S. 41.) Die Hyperkeratosen, das charakteristische Zeichen der Röntgenhaut, besonders bei den Röntgenologen der alten Generation, sollten im Beginn ihrer Entstehung behandelt werden. Die von William L. Clark angegebene Austrocknungsbehandlung (Elektrokoagulation) besteht darin, daß man den elektrischen Funken eines Hochfrequenzstromes von einer Nadel aus auf die Warze einwirken läßt. Ihre Anwendung hat das Vorhandensein einer ausreichenden Weichteilschicht zwischen der Hyperkeratose und dem Knochen zur Voraussetzung, da sonst Knochennekrosen entstehen. An den Fingerrücken ist die Behandlung daher schwierig, und es wird Amputation oft vorgezogen. Auch für fibrös veränderte chronische Röntgenhaut, z. B. im Gesicht, im Nacken, auf der Brust, wo die totale Exzision, wie sie etwa an den Bauchdecken ausgeführt werden kann, Schwierigkeiten macht, ist die Elektrokoagulation zu empfehlen. Hierbei wird die Oudinsche Nadel direkt in das Gewebe eingeführt. Nach Abstoßung des Schorfs folgt reichliche Sekretion. Die Bildung einer Kruste wird durch Zink- und Borsalbenverband verhindert, als Desinfiziens wird Carrel-Dakinsche Lösung empfohlen. Narkose ist dabei nicht zu vermeiden. Die Resultate sind nach den Erfahrungen des Verf. besser als mit irgend einer anderen Methode. In der Aussprache betont C. Porter, daß er die operative Behandlung vorzieht. C. G. Lane-Hoston hat gute Erfolge bei Teleangieektasien mit Quarzlichtbestrahlungen unter Anwendung des Kompressors gesehen. G. Forssell warnt von Röntgen- und Radiumbehandlung chronischer Röntgenschäden. J. D. Morgan empfiehlt die Pfahlersche Methode. H. Holthusen-Hamburg.

Physical Standards of Protection against Roentgen-Ray Dangers (Physikalische Standardmaße zum Schutze gegen die Gefahren der Röntgenstrahlen), von A. Mutscheller-New York. (Am. J. of Roentgenology, 1925, Bd. 13, Nr. 1, S. 65.) Ausgehend von den Absorptionskoeffizienten des Bleis für verschiedene Wellenlängen wird zunächst eine Tabelle aufgestellt, in der die prozentische Strahlenabsorption für verschiedene Bleidicken angegeben ist. Sodann wird durch Rechnung gefunden, daß erstens für den Fall eines Röntgendiagnostikapparates mit 50 Aufnahmen pro Tag der Untersucher ohne Schutz 0,99 E.-D. täglich ausgesetzt wäre; zweitens für einen Durchleuchtungsapparat mit 2 Stunden Dauerbetrieb 5,7 E.-D. und ein Tiefentherapieapparat von 10 Stunden Betrieb 28,5 E.-D. Aus der Tabelle ergibt sich, daß für den Fall, daß der Untersucher nicht mehr als $^1/_{100}$ E.-D. in 40 Tagen bekommen soll, im ersten Fall die Dicke des Schutzbleis 1,2 mm, im zweiten Fall 1,8 mm und im dritten Fall 5,6 mm betragen muß. Die Wirkung der Streustrahlung ist bei diesen Rechnungen nicht mit berücksichtigt. H. Holthusen-Hamburg.

Die Vereinheitlichung der Röntgendosismessung, von E. Weber und H. Prelinger. (M. Kl., 1925, Nr. 15, S. 549—553.) Zugrunde gelegt muß die als R bezeichnete Einheit der Röntgenstrahlenmenge werden; zur Zeit besteht ein deutsches und ein französisches R, die in einer noch nicht genau ermittelten Relation stehen. Auf dieses R muß das Dosimeter geeicht und in der Erhaltung des geeichten Zustandes dauernd kontrolliert werden. Betreffs der näheren physikalischen Darlegungen muß auf das Original verwiesen werden. E. Levin-Berlin.

Zur Auswahl des Einheitsmaßes in der Röntgendosimetrie, von H. Holthusen, Röntgenabt. Allg. Krkhs. St. Georg Hamburg. (Strahlenther., 1925, Bd. 19, H. 1, S. 185.) Der Verf. unterzieht den von I. Solomon-Frankreich vorgeschlagenen Weg der Eichung seines Dosimeters mit Radiumstrahlen einer Kritik. Er hält eine Einführung dieser Meßmethode für noch nicht geeignet. Die zeitliche Konstanz des Radiums könnte eventuell für die Meßmethoden brauchbar gemacht werden. E. Hornemann-Lüneburg.

Die praktische Anwendung des Holzknechtschen Dosimeters zur Messung der Oberflächendosis in der Tiefentherapie, von J. Palagyay, I. Univ.-Frauenkl. Wien. (Strahlenther., 1925, Bd. 19, H. 1, S. 172.) Die Dosierung nach Zeit ist eine mit vielen Fehlern behaftete Dosierungsmethode. Durch die Schwankungen der Strahlenausbeute an den einzelnen Röhren am selben Tage, durch Aufladungen des Milliamperemeters, Erwärmung des Kilovoltmeters ändern sich die Bestrahlungsbedingungen in einem Maße, daß jede Zeitdosierung ungenaue Resultate ergibt. Die physikalischen Dosimeter ermöglichen nicht, eine jederzeit feststellbare Dosis abzulesen und müßten daher für die Praxis abgelehnt werden. Der Fürstenausche Dosimeter hat zuviel Fehler. Der Kienböcksche Dosimeter ist für eine rasche Feststellung der Dosis nicht brauchbar. Der Schwarze-Dosimeter hat den Fehler, daß Abstufungen nicht ablesbar sind. Nur die Messung mit der Sabouraud-Tablette nach der Methode von Holzknecht ermöglicht bequem und der Praxis gegenüber mit genügender Sicherheit eine schnelle Ablesung der Dosis. Die nach dieser Methode an 40 Frauen mit 220 Einzelfeldern vorgenommenen Bestrahlungen

Digitized by Google

ergaben im Vergleich mit Zeitdosierung viel konstantere Resultate — gemessen an den zu erzielenden Hauterythemdosen. Zum erfolgreichen Gebrauch der Holzknechtschen Meßmethode sind genaue Anwendungsmaßregeln zu beachten.

E. Hornemann-Lüneburg.

Untersuchung über die Verwendung der Gleichspannung im Therapiebetrieb durch Einbau von Kondensatoren am Neo-Intensiv-Reform-Apparat, von G. Gabriel, Röntgeninst. d. isr. Gem. Frankfurt a. M. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1925, Bd. 33, H. 2. S. 256—257.) Das Bestreben, den Therapiebetrieb bei hoher Spannung möglichst gleichmäßig und ökonomisch zu gestalten, hat zur Einführung des gleichgespannten Stromes an Stelle des pulsierenden Gleichstromes geführt. Durch Einbau von Kondensatoren am Neointensiv-Apparat erreicht man bei optimalen Betriebsbedingungen in der Oberflächendosis einen Gewinn von ungefähr 15%, in der Tiefendosis von ungefähr 5%. Der biologische Ablauf ist gleichmäßiger, die qualitative Messung zeigt eine Verschiebung ins harte Gebiet.

E. Levin-Berlin.

Ein Schalter zum Schutze von Röntgenröhren, von W. Steinberg-Dortmund. (D. m. W., 1225, Nr. 11, S. 443.) Zur Vermeidung des sogenannten Durchschlagenwerdens der Glaswand der Röhre infolge Durchbrennens des Glühfadens der Heizlampe empfiehlt Verf. die Anbringung eines „Netzschalters", der die Zuleitung vom Netz und den Heizstromkreis zwangsläufig betätigt und dem Hauptschalter des Röntgenapparates vorgeschaltet ist. Die Vorteile des Schalters bestehen darin, daß der Pat. bei Störungen im Heizstromkreis nicht durch überspringende Hochspannungsfunken gefährdet werden kann, ferner darin, daß fehlerhaftes Einschalten des Hochspannungsstromes bei nicht eingeschaltetem Heizstrom unmöglich ist und die Röhre während des Betriebes vor den Gefahren der Schwankungen oder des Ausbleibens des Heizstromes geschützt ist. Der Netzschalter wird von der Allgem. Elektro-Industrie in Dortmund hergestellt.

F. Harry-Wiesbaden.

Sicherungsverfahren gegen Hochspannungsschäden bei Röntgenapparaten, von Heinrich Herrmann-Berlin. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1925, Bd. 33, H. 3, S. 423 bis 424.) Empfehlung des Apparates „Securo" der Elektrizitätsgesellschaft Sanitas.

E. Levin-Berlin.

Gleichspannungsmaschine und Siemens-Meßgerät, von H. Chantraine und G. Marum. (Strahlenther., 1925, Bd. 19, H. 2, S. 339.) Versuche an dem Siemensschen Meßgerät im Vergleich mit dem Jontoquantimeter ergaben, daß bei Tiefendosen die Ausschläge des ersteren Meßgerätes, berechnet nach der hinzugefügten Lichttafel, die Strahlendichte zu klein angeben.

E. Hornemann-Lüneburg.

Sensibilité differente des microbes aérobiens au rayonnement (Die verschiedene Empfindlichkeit der Aerobier gegen Radium), von A. Lacassagne und Paulin. Radium-Inst. Pasteur. (Compt rend. Soc. Biologie, 1925, Bd. 92, Nr. 2, S. 61.) Im Gegensatz zu γ-Strahlen haben β-Strahlen der hierzu gebrauchten Radiumemanation meßbaren Einfluß auf die Entwicklung ärober Bakterien. Dabei sind die Einflußwerte innerhalb der gleichen Bakterienart sehr konstant, unter den verschiedenen Bakterienarten sehr verschieden. Verff. glauben, daß die γ-Strahlen nicht nur direkt auf die Bakterienkultur einwirken, sondern daß auch eine gewisse proteolytische Einwirkung auf das Nährsubstrat stattfindet.

H. Lippert-Köln.

Isodosen verschiedener Radium- und Mesothoriumpräparate und Präparatekombinationen und ihre Anwendung in der Strahlentherapie, von E. Huth, Univ.-Frauenkl. Freiburg i. Br. (Strahlenther., 1925, Bd. 19, H. 2, S. 358.) In Anlehnung an Friedrich und Glaser werden mit Hilfe einer Ionisationskammer die γ-Strahlen radioaktiver Präparate (Mesothorium) gemessen. Es wird ein Verfahren beschrieben, welches ermöglicht, in der Tiefentherapie exakt zu dosieren. E. Hornemann-Lüneburg.

Radiotherapy in Dermatology (Radiumbehandlung in der Dermatologie), von O. L. Levin-New York. (Med. J. and Record, 1925, Bd. 121, Nr. 5, S. 299—300.) Radium scheint die Methode der Wahl zu sein bei Granulom, Naevi vasculares, verrukösen Geschwülsten, Keloiden sowie malignen Neubildungen, wie Epitheliomen und Sarkomen. Wie das Radium eins der wirksamsten Therapeutika ist, ist es auch eins der gefährlichsten und erfordert eingehende Kenntnisse des Arztes von der mikroskopischen Struktur und Pathologie der Läsionen und der sorgfältigen Dosierung.

E. Levin-Berlin.

Radium in Dermatology (Radium in der Dermatologie), von A. Schuyler Clark-New York. (Am. J. m. sc., 1925, Bd. 169, Nr. 3, S. 355.) Bringt nichts Neues.

H. Fendt-Wiesbaden.

Digitized by Google

Neuere Probleme auf dem Gebiete der Lichttherapie, von Stephan Rothman, Derm. Kl. Zürich. (Schweiz. m. W., 1925, Nr. 6, S. 121—124.) Die therapeutischen Wirkungen sind an das Ultraviolett gebunden, der wirksame Anteil ist im inneren Ultraviolett zu suchen. Da die ultravioletten Strahlen schon in den oberflächlichsten Hautschichten absorbiert werden, kann die Wirkung auf innere Körperorgane nur eine indirekte sein; sie wird durch eine Sympathikuslähmung in der Haut hervorgerufen. Es entsteht dadurch in den geschwächten Organen eine Hyperämisierung. Bei der Verhütung und Heilung der Rachitis beruht die Lichtwirkung auf Regelung des Ca- und P-Stoffwechsels. Die Frage des Zusammenhanges der lichtbewirkten Hautveränderungen (Pigmentierungen) und therapeutischem Effekt ist noch nicht gelöst. In der Technik der örtlichen und allgemeinen Bestrahlungen hat sich ein Gegensatz herausgebildet: bei letzteren vorsichtige Steigerung, keine entzündlichen Reaktionen, stetige langdauernde Einwirkung, keine Pausen, zur Unterstützung hyperämisierende Maßnahmen; die beste Lichtquelle ist die Sonne. Bei örtlichen Bestrahlungen wiederholte Erzeugung lebhafter Entzündung, lange Zwischenpausen, Sparsamkeit mit der Reaktionsfähigkeit, Vermeidung der Angewöhnung, als Nebenbehandlung antiphlogistische Maßnahmen; im wesentlichen künstliche Lichtquellen. E. Levin-Berlin.

Über Strahlenimmunität, von C. B. Hörnicke, Univ.-Hautpolikl. Königsberg. (M. m. W., 1924, Nr. 49, S. 1726.) Depigmentierte Stellen (Vitiligo z. B.) besitzen keine größere Empfindlichkeit gegen ultraviolettes Licht als pigmentierte, gelegentlich sogar eine geringere. Der Lichtschutz der Haut erfolgt nicht durch das gegen die Wärme schützende Pigment, sondern durch die höheren Schichten der Epidermis. Durch minimale, langsam steigende Bestrahlungsdosen konnte eine Hautstelle gegen 150% der Hauterythemdosis immunisiert werden, ohne daß es zu der geringsten Pigmentierung gekommen wäre. A. v. Notthafft-München.

Lichtwirkung und Blutkalk, von H. Leicher, Univ.-Ohrenkl. Frankfurt a. M. (Strahlenther., 1925, Bd. 19, H. 2, S. 392.) Im Gegensatz zu Rothmann, Callenberg und Picard konnte der Verf. an 50 Fällen, die einen normalen Serumkalkspiegel hatten, keine Erhöhung desselben nach Bestrahlungen feststellen; dagegen erhöhte sich der Kalkspiegel bei Personen, die vor der Bestrahlung unnormal niedrige Werte hatten. Die Wirkungen der „Inhaltionen" von „ionisierter Luft", wie sie Picard durch Aufenthalt von Patienten in seiner Kammer beschrieb, konnte der Verf. nicht bestätigen. E. Hornemann-Lüneburg.

Weitere Mitteilungen über die Anwendung der künstlichen Höhensonne, besonders bei den Lichen-ruber-Formen, den verschiedenen Pempigusarten, bei der Mykosis fungoides und anderen Dermatosen, von G. Scherber-Wien. (W. m. W., 1925, Nr. 6, S. 378.) Bei einer großen Anzahl von Dermatosen, wie Lichen ruber, Psoriasis, Pemphigus vulgaris, Dermatitis herpetiformis Duhring, Perniones, Pityriasis lichenoides chronica und anderen hat Verf. sehr gute Erfolge mit künstlichen Höhensonnenbestrahlungen erzielt; ganz besonders aber in einem Falle von Mykosis fungoides, den er ausführlich anführt. Hervorgehoben muß werden, daß Verf. großen Wert darauf legt, daß die Bestrahlungen lange Zeit hindurch fortgesetzt werden, und daß bei langsamer Steigerung auch jede einzelne Sitzung recht intensiv ist. Auch bei lokalisierten Herden wird trotzdem der ganze Körper auf der Vorder- und Rückseite bestrahlt. Durch die Wirkung des ultravioletten Lichtes werden auf der einen Seite die krankheitserregenden Elemente gebunden, und andererseits werden durch die Einwirkung des Lichtes auf das Gewebe bestimmte Eiweißverbindungen hervorgerufen, die, in den Kreislauf gelangend, resorptionsfördernd wirken. E. Langer-Berlin.

Die örtlich beschränkte Reizbestrahlung mit „künstlicher Höhensonne", von G. Liebermeister, Städt. Krkhs. Düren. (Fortschr. d. Ther., 1925, Jg. 1, H. 6, S. 179.) Verf. hatte 1922 bei einem wahrscheinlich tuberkulösen Aszites von eminenter Größe Höhensonnenbestrahlungen verordnet. Die erste Dosis wurde gegen ärztliche Verordnung um ein Vielfaches überschritten. Die Folge war ein sehr schmerzhaftes Ödem der Bauchhaut ohne Blasenbildung, enorme Diurese und restloses Verschwinden des Aszites ohne Rezidiv. L. suchte nun festzustellen, ob örtliche Reizbestrahlung nur in unmittelbarer Umgebung des bestrahlten Bezirks resorbierend wirkt, oder ob ihr auch eine allgemeine Wirkung zukommt. Tuberkulöse Lymphome, lokal mit der Kromayerlampe bestrahlt, wurden nach Abklingen des entzündlichen Ödems ganz oder teilweise resorbiert, ohne daß deutliche Allgemeinwirkung erkennbar wurde. Tägliche Bestrahlung bei Peritonitis tuberculosa im Durchmesser von 10 cm, im Abstand von 1 m, bis zu starkem entzündlichen Ödem hatte guten Erfolg, der abhängig war von der Größe der Bauch-

Digitized by Google

tumoren. Stets wirkte die örtliche Reizbestrahlung günstig auf die akuten Erscheinungen. Zugleich wurde festgestellt, daß bei kräftigen örtlichen Reizbestrahlungen günstige Veränderungen im Blutbild und Allgemeinbefinden auftraten. L. kommt daher zu dem den Dermatologen nicht überraschenden Schluß, daß die örtliche Reiztherapie auch für Tuberkulose anderer Organe wertvoll ist. Sie hat den Vorteil genauer Dosierung unter Kontrolle des Blutbildes. Durch Wechsel des Bestrahlungsfeldes kann immer wieder ein neuer Reiz gesetzt werden, während bei der Allgemeinbestrahlung die anfangs gute Wirkung bald nachläßt. Bei schwerer Erkrankung ist die örtliche Reizbestrahlung immer erst nach Abklingen des gesetzten Reizes zu wiederholen, um verhängnisvolle Verschlimmerungen zu vermeiden. H. Lippert-Köln.

Klinische Beobachtungen über die örtliche Reizbestrahlung mit „künstlicher Höhensonne", von A. Schoop, Städt Krkhs. Düren. (Fortschr. d. Ther., 1925, Jg. 1, H. 6, S. 180.) Ausführliche Krankengeschichte zweier mit örtlicher Reizbestrahlung geheilter Fälle von kindlicher Bauch- bzw. Halsdrüsentuberkulose unter genauer Kontrolle des sehr typisch beeinflußten Blutbildes. Bei tuberkulosefreien Fällen wurden wesentliche Blutveränderungen während der örtlichen Bestrahlung nicht festgestellt. Die örtliche Reizbestrahlung mit der künstlichen Höhensonne stellt also eine spezifische Reiztherapie bei der Tuberkulose dar. Sie ist der übrigen Reiztherapie anzureihen und bietet den Vorteil einfacher Handhabung und die Möglichkeit sehr lange wiederholter Reizneubildung und genauer Dosierung durch die Kontrolle des Blutbildes.
H. Lippert-Köln.

Die Jenaer Quarzlampe, von Axmann-Erfurt. (D. m. W., 1925, Nr. 6, S. 234.) Verf. macht auf eine von der Firma W. Ulbrich in Jena hergestellte Quarzlampe aufmerksam, die sich durch ihre einfache Bauart und erheblich geringeren Stromverbrauch auszeichnet. Das Brennerrohr besitzt zwei kurze röhrenförmige Ansätze, die einfache Klemmschrauben für die Stromleitung tragen. Die Stromregulierung erfolgt durch einen sehr kleinen Widerstand. Das Stativ ist in praktischer Weise den Bedürfnissen des Arztes angepaßt. Die von der Lampe ausgehenden Wärmestrahlen machen alle sog. Wärme-Nebensonnen überflüssig. F. Harry-Wiesbaden.

Kosmetik.

Restoration of the Scalp: The Management of Skin Grafts (Die Wiederherstellung der Kopfhaut durch Hautüberpflanzung), von G. Holmann-Cleveland. (J. Am. med. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 5, S. 350.) Einem 16jähr. Mädchen kamen die Haare in eine Maschine und wurde ihm so die ganze Kopfhaut, vom Nacken hin bis zu den Augenbrauen, abgezogen. An der Hand von vier Photographien wird die sehr mühevolle, aber von Erfolg begleitete, größtenteils chirurgische Behandlung beschrieben.
F. M. Peter-Hamburg.

A Case after Operation for Extensive Burn of the Left Lids, Eyeball, Upper Face and Temporal Area (Ein Fall nach Operation wegen ausgedehnter Verbrennung der linken Augenlider, des Augapfels, der oberen Gesichtshälfte und der Schläfengegend), von J. Eastman Sheehan-New York. (Med. J. and Record, 1925, Bd. 121, Nr. 5, S. 291—292.) Verätzung mit Karbolsäure. Wiederherstellung durch mehrfache Transplantationen. Beschreibung mit Abbildungen. E. Levin-Berlin.

Zirkulationsstörungen und Hämorrhagien.

Das angioneurotische Ödem (Quincke) mit ungewöhnlichen Begleiterscheinungen, von G. Schorer-Bern. (Schweiz. m. W., 1925, Nr. 16, S. 340—346.) Neben typischen Fällen von angioneurotischem Ödem werden andere geschildert, bei denen Ödeme diffuser Art in oft plötzlich wechselndem Umfange, Erscheinungen von seiten der inneren Organe, namentlich des Magen-Darmkanals verbunden mit Auftreten kleiner, oft ebenso rasch wieder schwindender akuter, umschriebener Ödeme, Zustände allgemeiner, vegetativer Neurose im Vordergrunde stehen. Alle diese Fälle sind durch das gemeinsame Band abnormer Gefäßerscheinungen verbunden, die durch die verschiedensten Ursachen ausgelöst werden können. E. Levin-Berlin.

Über symmetrische (Raynaudsche) Gangrän bei Neugeborenen, von K. Barmwater, Path. Inst. Allg. Polikl. Wien. (W. kl. W., 1925, Nr. 8, S. 220.) Ein neugeborenes Mädchen, das stark zyanotisch zur Welt kam, zeigte Blasen an den Lippen, in der Umgebung des Mundes und an den Extremitäten. Bald zerfiel die Blasendecke nekrotisch; an den Extremitäten entwickelte sich symmetrische Gangrän. Neun Tage nach der Ge-

Digitized by Google

burt Exitus. Bei der Sektion wurde ein Defekt im Septum atriorum, ein offener Ductus Botalli und Isthmusstenose der Aorta festgestellt. Hypertrophisches Herz. Die bei der Geburt schon vorhandene Zyanose ist auf die Mißbildung des Herzens zurückzuführen. Ob die symmetrische Gangrän durch die starke Zyanose bedingt war, kann nicht entschieden werden. Auch eine Abschnürung durch Amnionstränge, wie sie als Entstehungsgrund für symmetrische Gangrän bei einer Frühgeburt von Stolz beschrieben wurde, kommt für den vorliegenden Fall nicht in Frage. Verf. nimmt für seinen Fall einen dauernden Gefäßspasmus an, der die Raynaudsche Gangrän bewirkte. Die bei der Geburt schon vorhandene Zyanose kann die durch Gefäßspasmus hervorgerufene Ernährungsstörung gesteigert und so auch zum Entstehen der Gangrän sehr beigetragen haben.

A. Holländer-Hamburg.

The Treatment of Varicose Veins of the Leg by Injections (Die Injektionsbehandlung von Varizen der unteren Extremitäten), von J. Dunbar-Glasgow. (Brit. Med. J., 1925, Nr. 3340, S. 14.) Bei 30 Pat. hatte D. mit der Injektion von Natrium salicylicum nach Sicard bzw. von Sublimat gute Erfahrungen gehabt. Nach S. prüft man zunächst die Empfindlichkeit des Pat. durch intravenöse Injektion von etwa 1 ccm einer 20%igen Lösung. Erfolgt hierauf keine ausgesprochene Reaktion, so kann man am nächsten Tage eine stärkere Konzentration, aber nicht über 40%, verwenden. Mehrere Stellen können gleichzeitig injiziert werden bis zu einem Gesamtverbrauch von 3 g von der Lösung. Abschnürung des betreffenden Gebietes ist nicht nötig. Nach der Injektion setzen gewöhnlich heftige Schmerzen sogleich ein, vergehen aber schon nach einer Minute. Die injizierte Vene schwillt sofort an und wird hart. Häufig erfolgt Thrombosierung einer größeren Strecke peripherwärts von der Injektionsstelle aus; die Injektion wird ja natürlich auch dem Blutstrom entgegen ausgeführt. Die Sublimatinjektionen zieht D. wegen ihrer geringeren Schmerzhaftigkeit bei gleich guten therapeutischen Resultaten vor.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Le traitement des varices par les injections sclérosantes (Die Behandlung der Varizen mit thrombosierenden Injektionen), von G. L. Regard. (Rev. Suisse rom., 1925, Jahrg. 45, Nr. 2, S. 102—107.) Experimentelle Studien an Hund und Kaninchen über Entstehung künstlicher Thromben in Venen und Varizen. Eingehende Wiedergabe des bekannten klinischen und pathologisch-histologischen Bildes. Hinweis auf die praktischen Folgen fehlerhafter Technik bei paravenöser Injektion. Die Studie bietet nichts Neues.

H. Lippert-Köln a. Rh.

The Treatment of Purpura Haemorrhagica by Splenectomy (Die Behandlung der Purpura haemorrhagica durch Milzentfernung), von G. A. Sutherland und B. Williamson-Edinburg. (Lancet, 1925, Bd. 208, Nr. 5294, S. 323.) Als Morbus maculosus Werlhofii werden alle schwer und leicht verlaufenden Purpurafälle zusammengefaßt, so daß die Autoren unter den Namen „Idiopathische Purpura haemorrhagica mit Thrombozytopenie" ein besonderes Krankheitsbild abgrenzen, das meist bei Kindern zwischen 2 und 15 Jahren auftritt. Außer Haut- und Schleimhautblutungen findet sich eine leichte Milzvergrößerung. Besonders typisch sind die Blutveränderungen, die in einer Herabsetzung der Blutplättchen, Verminderung der Blutungszeit und der Blutgerinnung bestehen. Außerdem ist das Rumpel-Leedesche Phänomen vorhanden, das durch leichtes Auftreten von Stauungsblutungen infolge mangelnder Resistenz der Kapillaren kenntlich ist. In Fällen, die diese Blut-, Milz- und Hauterscheinungen aufweisen, hat sich die Splenektomie als heilend erwiesen, wie Operationen an einem 8jähr. Mädchen und einem 9jähr. Knaben gezeigt haben.

F. Rosenthal-Berlin.

The Effect of Splenectomy on the Production of Experimental Purpura (Die Wirkung der Milzexstirpation auf die Erzeugung einer experimentellen Purpura), von Ph. Bedson-London. (Lancet, 1924, Nr. 5383, Bd. 207, S. 1117.) Splenektomie läßt die Blutplättchenzahl in der Zirkulation bedeutend anwachsen. Bei den Meerschweinchenversuchen des Verf. wurde der Anstieg 48 Stunden nach der Operation manifest, erreichte am 10.—14. Tage seinen Höhepunkt, um in 3—4 Wochen wieder zum Normalen zurückzukehren. Antimilzserum erzeugt ebenso wie Antiblutplättchenserum beim Tier Purpura haemorrhagica (Ledingham 1913). Beim milzexstirpierten Meerschweinchen erzeugt Antiblutplättchenserum nur mäßige oder keine Purpura, doch kann die Splenektomie nur vorübergehenden Schutz gegen die Purpura gewähren.

E. Schäfer-Göttingen.

Über Nervenvereisung bei Amputationen, Amputationsneuromen, Angiospasmen, Erythromelalgie, seniler Gangrän und Ulcus cruris varicosum, von A. Läwen, Chir. Univ.-Kl. Marburg. (Bruns Beiträge, 1925, Bd. 133, H. 3, S. 405.) Verf.

Digitized by Google

kommt zu folgendem Resultat: Die Regeneration geht erheblich langsamer, namentlich an dickeren Nervenstämmen, vor sich. Besonders spät scheint der nervöse Wiederanschluß der peripheren Gefäße, besonders der Kapillaren, zu erfolgen. Die peripheren Sensationen werden durch die Nervenvereisung nicht verhütet; selbst bei sehr hoher Vereisung treten die peripheren Sensationen auf. Es ist aber nicht ausgeschlossen, daß eine zentrale Erregung bei manchen Empfindungen eine Rolle spielt. Der Nachschmerz war meist gering. Die Dauerresultate sind im allgemeinen günstig. Die Vereisung soll möglichst hoch, also unmittelbar unterhalb der Abgabe der motorischen Nervenäste für die den Stumpf bewegenden Muskeln erfolgen. Bei der hohen Nervenvereisung war der Wundverlauf schmerzfrei. Je weiter entfernt die Nervenvereisungsstelle von der Amputationsfläche ist, um so weniger Amputationsneurome. Auch hier trat spontane Unempfindlichkeit ein. Trophische Störungen sind nicht aufgetreten. Auch angiospastische Schmerzzustände ließen nach. Bei Erythromelalgie und Ulcus varicosum waren die Erfolge der Nervenvereisung zufriedenstellend.

W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Zur Frage der periarteriellen Sympathektomie, von A. Schmidt, Chir. Univ.-Kl. Bonn. (Bruns Beiträge, 1925, Bd. 133, H. 1, S. 131.) Der Verf. resumiert, daß Regenerationsversuche des sympathischen Nervengeflechtes in der Adventitia der Arteria femoralis beim Hunde ergaben, daß nach 7—8 Monaten eine Regeneration dieses Geflechtes aus dem periarteriellen Gewebe erfolgt ist, nachdem durch Gefäßdurchtrennung und Naht dieses Nervenfasernetz völlig unterbrochen wurde. Auch treten nach seinen Befunden die Gefäßnerven segmentweise vom gemischten Nerven zur Arterie. Ein Verlauf der Gefäßnerven längs der großen Gefäße zur Peripherie konnte nicht nachgewiesen werden. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Zum Artikel von Herrn Priv.-Doz. Dr. Hahn: „Zur Frage der periarteriellen Sympathektomie", von W. Lehmann. (Zbl. f. Chir., 1925, Nr. 12, S. 636.) Erwiderung auf einen Artikel von Hahn, in der unter anderem das Moment der Schmerzaufhebung nach der Sympathektomie berührt wird. Vermutlich handelt es sich hierbei um einen recht komplizierten nervösen Vorgang, der sich nicht durch einfache Blockierung zentripetaler Nervenbahnen erklären läßt. F. Landauer-Berlin.

Gangrän an den Hinterfüßen von Kaninchen nach Schädigung des Nervus ischiadicus, von W. Frei, Univ.-Hautkl. Breslau. (Kl. W., 1925, Nr. 12, S. 550.) In Ergänzung zu einer Arbeit von Kraus über Gangrän an den Zehen nach Durchtrennung und Wiedervernähung des N. ischiadicus beim Kaninchen berichtet Verf. von früheren Versuchen, in denen bei syphilitischen Kaninchen nach Hg-Injektionen in die Hinter- bzw. Vorderbeine Paresen und Gangrän in den Füßen des Tieres entstanden sind. Verf. nahm als Erklärung eine lokale Nervenschädigung durch das Chemikale an. Bezüglich der Pathogenese schließt sich Verf. jetzt der Krausschen Ansicht an, daß neben der erhöhten Trauma- und Infektionschance an der motorisch-sensibel gelähmten Extremität zur Erklärung dieser Mal perforant-ähnlichen Symptome noch ein anderer Umstand zur Erklärung in Frage kommen muß. E. Langer-Berlin.

Urtikaria und Erytheme.

Warum gibt es schuppende und nichtschuppende Erytheme?, von J. Kyrle. (W. m. W., 1925, Nr. 6, S. 362.) Die Erytheme muß man in schuppende und nichtschuppende einteilen, weil dadurch der primäre Ansatzpunkt der Erkrankung gekennzeichnet wird. Bei den schuppenden handelt es sich primär um eine epitheliale Erkrankung, wie man es z. B. an den Salvarsanerythemen oder beim Scharlach sehen kann, bei denen man dann auch die auslösende bzw. infektiöse Ursache in der Schuppe nachweisen kann, und zweitens um primär im Bindegewebe lokalisierte Erkrankungen, die dann keinerlei Schuppung aufweisen, z. B. die Urtikaria. Daß es trotzdem bei beiden Gruppen zu den gleichen Entzündungsphänomen kommen kann, muß durch reflektorische Nervenreize verursacht werden, die von den im Läsionsbereich der Epidermis gelegenen sensiblen Nervenverzweigungen ihren Ausgang nehmen, um auf dem Wege einer zentralen Weiterleitung den Reiz auf die Vasomotoren im Sinne einer Erregung zu übertragen. Es berühren sich genetisch hierin die Erytheme mit den Ekzemen, so daß z. B. das Salvarsanerythem den Ekzemen beinahe näher steht als der Erythemgruppe. E. Langer-Berlin.

La cuti-réaction dans l'asthme, le coryza spasmodique, le rhume des foins, la migraine, l'urticaire et l'eczéma (Die Kutireaktion bei Asthma, krampfhafter Koryza,

Digitized by Google

Heuschnupfen, Migräne, Urtikaria und Ekzem), von P. Vallery-Radot und P. Blamoutier. (Presse méd., 1925, Nr. 24, S. 385.) Bei den genannten Affektionen haben Verff. nach den namentlich von amerikanischen, aber ebenfalls von französischen Autoren veröffentlichten Mitteilungen Beobachtungen ausgeführt. Die Ausführung der Reaktion geschieht in der Weise, daß man auf einen Impfstrich (vorzugsweise am Vorderarm) einen Tropfen $^1/_{10}$-Normalnatronlösung aufträgt und in dieser ein kleines Quantum der zu prüfenden Substanz (meistens Proteine von tierischen Zellen, von Haaren von Pferden und Rindern, von Federn oder von pflanzlichen Bestandteilen, Pollenkörnern verschiedener Art herstammend) einbringt. Nach Ablauf einer halben Stunde wird mit einem feuchten Wattebausch abgewischt und mit der zur Kontrolle angelegten, nur mit $^1/_{10}$-Normalnatronlösung betupften Skarifikation verglichen. Bei Asthma insbesondere haben Verff. verschiedentlich sehr interessante Beobachtungen gemacht über ausgesprochene Idiosynkrasien bestimmten Stoffen gegenüber und Heilungen durch allmählich und stufenweise durchgeführte Desensibilisierung. Bei Urtikaria und Quinckeschem Ödem ergaben sich positive Resultate nur in weit geringerem Umfange. Immerhin haben Verff. bei 5 von 17 Fällen von Urtikaria ein positives Resultat der Kutireaktion erhalten. Der eine Pat. reagierte auf Eigelb und Hühnereiweiß, 2 auf Weizenmehl, einer auf gewisse aus Weizenmehl stammende Proteine (Leukosin) und einer sowohl auf die Proteine des Hühnereiweißes und Eigelbes wie der Kartoffeln, des Roggens und Weizens. Bei den 4 ersten Kranken hatte das Aussetzen der schädlichen Nahrungsmittel Ausbleiben der Krankheit zur Folge. Bei 5 Fällen von Quinckeschem Ödem hatten Verff. nur negative Ergebnisse. In bezug auf Ekzem haben sie keine eigenen Erfahrungen; es liegen aber zahlreiche positive Beobachtungen von anderer Stelle vor.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Pathogenese, Diagnose und Therapie der Pollinosen (Heuschnupfen, Heuasthma), von Eskuchen-Zwickau. (Ther. d. Gegenw., 1925, Jahrg. 66, H. 2, S. 59.) Die Überempfindlichkeit ist die meist wichtigste Teilerscheinung einer besonderen konstitutionellen Disposition. Vererbt oder angeboren ist in der Regel nicht eine fertige spezifische Pollenüberempfindlichkeit, sondern die allgemeine Neigung zur Überempfindlichkeit überhaupt. Erst später wird durch Kontakt aus der latenten Neigung die manifeste spezifische Überempfindlichkeit, oder aber es tritt die sehr seltene latente, spezifische Überempfindlichkeit gleich beim ersten Kontakt in Erscheinung. Bei den Pollinosen spielt die Spezifität speziell eine relativ große Rolle; sie kann sich hier sehr weitgehend bis auf einzelne Pflanzen erstrecken, doch kann die Pollenüberempfindlichkeit andererseits auch einmal ein Glied einer polygenen Hypersensibilität darstellen. Daher verlangt Eskuchen die exakte Diagnose mittels Pollenextrakten, qualitativ durch die Skarifikationsmethode, quantitativ mittels genau dosierter Intrakutaninjektionen. Ist so die Diagnose gesichert, dann muß die kausale desensibilisierende Therapie als die Therapie der Wahl bei den echten Pollinosen einsetzen.

F. M. Peter-Hamburg.

L'érythème noueux (Das Erythema nodosum), von M. Brelet. (Gaz. des hôp., 1925, Nr. 15, S. 241—246.) Eine große Zahl von Fällen beruht auf Tuberkulose oder hängt mit verschiedenartigen Infektionen zusammen; bisweilen scheint ein epidemischer Charakter zu bestehen. Letztere Fälle werden vielleicht in die Gruppe der septikämischen Infektionen einzureihen sein. In jedem Falle ist eine genaue Analyse erforderlich.

E. Levin-Berlin.

Herpes.

Ergebnisse der neueren experimentellen Forschungen über die Ätiologie des Herpes simplex und des Zoster, von R. Doerr-Basel. (Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1925, Bd. 16, H. 8/9, S. 481.)

Experimentelle Übertragung von Herpes zoster auf den Menschen und die Beziehungen von Herpes zoster zu Varizellen, von K. Kundratitz-Wien. (Mschr. f. Kinderhlk., 1925, Nr. 29, H. 4/5, S. 516.) Verf. ist die Übertragung von Herpes zoster einwandfrei gelungen. Von 5 Herpes-zoster-Fällen wurden 22 Kinder beimpft, welche weder Varizellen noch Herpes zoster überstanden hatten. Von diesen reagierten 14 positiv, 8 negativ. Die Impfung wurde kutan, wie bei der Varizellenimpfung, ausgeführt. Die Inkubationszeit bis zum Ausbruch der Eruption betrug 9—12 Tage, bei einem Kinde 14 Tage. Bei 2 Fällen kam es zu einer allgemeinen Bläschenaussaat, die von einem Varizellenausschlag nicht zu unterscheiden war. Je jünger die Kinder waren, desto erfolgreicher war die Impfung. Bei der histologischen Untersuchung der Bläschen wurden die „Zosterkörperchen (Lipschütz) gefunden. Bei allen Kindern, die be-

Digitized by Google

reits Varizellen oder Herpes zoster überstanden hatten, fiel der Impfversuch negativ aus. Auch die Übertragung des Herpes febrilis ist Verf. gelungen. Hier Inkubationszeit 2—4 Tage. Es bildeten sich mehrere, sogar bis zu 1 cm Durchmesser große, schlaffe Blasen, welche in 24 Stunden vereiterten. Die Impfung mit Herpes febrilis schafft beim Menschen niemals Immunität gegen nachfolgende Impfung mit demselben oder mit anderem Herpes-febrilis- oder Herpes-zoster-Material. Eine erfolgreiche Herpes-zoster-Impfung verleiht immer Immunität gegen weitere Herpes-zoster-Impfungen. R. Ley-Kreuznach.

Herpes Zoster and Varicellen (Herpes zoster und Varizellen), von D. D. Ritchi. (Brit. m. J., 1925, Nr. 3346, S. 305.) Für die von einigen Forschern behauptete verwandtschaftliche Beziehung zwischen diesen beiden Affektionen scheint folgende Beobachtung zu sprechen: Ein 5jähr. Knabe akquirierte einen typischen ausgedehnten Varizellenausschlag gerade 14 Tage, nachdem seine Mutter (deren Schlafzimmer er teilte) an Herpes zoster erkrankte. Irgendeine andere Infektionsquelle der Varizellen war nicht nachzuweisen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Concurrent Herpes Zoster and Varicella (Gleichzeitiges Auftreten von Herpes zoster und Varizellen), von R. C. T. Evans-Herne Bay. (Brit. m. J., 1925, Nr. 3350. S. 508.) Ein 73jähr. Mann kam in Behandlung mit einem als Herpes zoster zu deutenden Ausschlag, der sich über das rechte Schulterblatt bis in die rechte Axille und auf die vordere Fläche des Thorax erstreckte. Derselbe war am 23. des Monats nach mäßigen Schmerzen hervorgetreten; gleichzeitig bestand eine seit dem 25. des Monats beobachtete diffuse Aussaat von Varizellen. Ferner hat E. bei einem kleinen Mädchen Varizellen beobachtet, die er auf eine 14 Tage zuvor stattgefundene Infektion durch den an Herpes zoster leidenden Onkel zurückführt, und drittens berichtet er über Erkrankung von 1 Knaben an Varizella als Folge von Einwirkung einer Patientin (Mutter des einen), die an Herpes zoster litt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Anterior Poliomyelitis, Herpes Zoster, and Varicella in Sequence (Poliomyelitis anterior mit nachfolgendem Herpes zoster und Varizellen), von H. S. Morley-London. (Brit. m. J., 1925, Nr. 3351, S. 552.) Ein 5jähr. Knabe war 7 Wochen wegen spinaler Kinderlähmung in Krankenhausbehandlung gewesen, als sich nach 2tägig. leichten Fieber Herpes zoster mit reichlichen Herpesbläschen im Bereich des ersten und zweiten Lumbalnerven der rechten Seite entwickelte; nach weiteren 5 Tagen wurde ein diffuser Varizellenausschlag konstatiert. 13 Tage nachher erkrankten zwei andere, im selben Saal untergebrachte Kinder auch mit Windpocken. Ein weiteres Beispiel: ein Mädchen kam aus der Pension wegen Herpes zoster nach Hause; ihr Bruder erkrankte 2 Wochen nachher an Varizellen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Un cas de zona-varicelle (Ein Fall von Zoster-Varizellen), von Ch. Rousseaux. (Progr. méd., 1924, Nr. 47, S. 725—726.) Bei einem 15jähr. Knaben zunächst unter Fieber typischer Zoster, einseitig, mit heftigen Schmerzen, nach 8 Tagen unter starker Temperatursteigerung allgemeine Varizelleneruption. In diesem Falle, der durch das Auftreten der beiden Krankheiten bei demselben Kranken besonders wichtig ist, muß eine gemeinsame Ätiologie unbedingt angenommen werden. E. Levin-Berlin.

Über den neuerlichen Nachweis des Herpes-simplex-Virus in der Zosterblase, von A. Luger und E. Lauda, II. Med. Univ.-Kl. Wien. (Kl. W., 1925, Nr. 5. S. 209.) Verff. impften mit dem Blaseninhalt einer Herpes-zoster-Blase Kaninchen und konnten feststellen, daß dieser Blaseninhalt ein Herpesvirus enthielt, das dem Herpes-simplex-Virus analoge Erscheinungen hervorrief, indem es zunächst ein ausschließlich neurotropes Verhalten zeigte, im übrigen aber auch bei kornealer Impfung charakteristische Veränderungen am Kaninchenauge verursachte. Mit dieser Mitteilung beabsichtigen die Verff. wiederum, wie an einem kürzlich mitgeteilten Falle, zu zeigen, daß ein Herpes-simplex-Virus auch in einer Zosterblase vorkommen kann, und daß dieses Zostervirus unter solchen Umständen dieselben Erscheinungen wie das Simplexvirus verursachen kann, wenn es in diesem Falle anfangs auch einen überwiegend neurotropen und erst im weiteren Verlaufe auch keratotropen Charakter zeigte. E. Langer-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 31 (Bd. 81) 1. August 1925

Leukokeratosis glandis penis verrucosa et simplex.

Ein Beitrag zur Klinik und Pathogenese.

Von

Dr. T. Benedek in Leipzig.

Mit 6 Abbildungen im Text.

Die Veranlassung zur folgenden Veröffentlichung gab erstens die Beobachtung dreier Fälle der recht seltenen leukokeratotischen Affektion, die fast zur selben Zeit in der Praxis des Verfassers zur Untersuchung und Beobachtung gelangten, ferner ihr wesentlich verschiedener klinischer Aspekt untereinander und die Besonderheit der Ergebnisse der histologischen Untersuchung.

Fall 1: Alwin Sch., 43 J. alter Arbeiter. Er ist mittelgroß, zeigt keine Abnormitäten in seinem Körperwachstum; er ist mager und schlank; Hautfarbe gesund, bräunlich; innere Organe: o. B.

Familienanamnese: ohne Belang; bei den männlichen Mitgliedern der Familie kam keine Phimose vor.

Anamnese: Außer leichten Kinderkrankheiten war Pat. nie ernstlich krank. Venerisch erkrankte er das erstemal im Sommer 1914 an einem Harnröhrenkatarrh unbekannter Ätiologie, der in etwa 6—8 Wochen ohne Beeinträchtigung seines Allgemeinbefindens zur Ausheilung kam.

Pat. hatte eine angeborene Phimose, die ihn höchstens beim sexuellen Verkehr etwas hinderte, sonst aber keine Unannehmlichkeiten verursachte. Die Öffnung des Vorhautsackes war außerordentlich eng und ließ die an und für sich abnorm enge Urethralmündung kaum durchgucken. Die freien Ränder des Vorhautsackes zeigten nie Erosionen oder geschwürige Prozesse; an Balanoposthitis soll er auch nie gelitten haben, zumindest hat er nie dergleichen Beschwerden gehabt oder deswegen etwa in ärztlicher Behandlung gestanden.

Vor 4 Jahren fühlte Pat. das erstemal eine kleine, etwa erbsengroße, verhärtete Stelle in dem linken oberen Quadranten des Vorhautsackes; die Vorhaut blieb stets beweglich, und diese Verhärtung verursachte weiter gar keine subjektiven Symptome. Er stellte zwar fest, daß die verhärtete Stelle mit der Zeit an Umfang — allerdings sehr langsam — zunähme, beachtete es aber weiter gar nicht.

Stat. praes.: 8. IX. 1924 suchte Pat. mich wegen einer akuten, extrakonjugalen Urethralgonorrhoe auf. Das Urethralsekret zeigte mikroskopisch einwandfrei intra- und extrazelluläre Gonokokken. Der freie Rand des Präputiums zeigt keine Erosionen. Auffallend ist die glockenschlegelartige Form des Penis mit einer verhärteten Stelle in dem linken oberen Quadranten des Vorhautsackes von der vermutlichen Größe einer Bohne; die Vorhaut ist darüber beweglich; am Penis keine Zeichen von Lymphangitis, keine Skleradenitis am ganzen Körper; im Inguen sind allerdings beiderseits 3—4 etwa erbsengroße, harte, schmerzlose Drüsen fühlbar. Da nach diesem Befund immerhin ein Primäraffekt vorzuliegen schien, ist die Phimotomie in Form der Zirkumzision sofort ausgeführt worden.

Nach dem Dorsalschnitt am Präputium ließ sich der linke obere Zipfel desselben umstülpen und bot folgendes Bild:

Die Partie des inneren Präputialblattes, welche den l. o. Quadranten (l. o. Qu.) der Glans bedeckte, war fast in ihrer ganzen Ausdehnung von beträchtlich harter Konsistenz und von einer milchig-bläulichen, opaken Farbe; diese Fläche war glatt, ohne irgend

Digitized by Google

welche Exkreszenzen und etwas karriert gefeldert; an der Zirkumferenz verlor sich diese Plaque langsam in die normale Umgebung: die Stelle sah genau so aus, wie eine Leukoplakia buccalis der Interdentallinie gegenüber. Nach der Entfernung des ganzen Präputiums konnte festgestellt werden, daß das innere Präputialblatt allein an der beschriebenen Stelle — entsprechend dem l. o. Qu. der Glansfläche — diese Umwandlung an Farbe und Konsistenz darbot.

Um so größere bzw. ausgedehntere Veränderungen zeigte die Oberfläche der Glans. Die Konfiguration der Glansoberfläche stellt die gutgelungene Photographie sinnfälliger dar als jede Beschreibung (Abb. 1). Doch ist dazu folgendes zu bemerken: Das innere Präputialblatt war mit der Glans nirgends verwachsen, es war auch keine Spur von einer leichten, geringfügigen Adhäsion zu merken; der Sulc. coron. lag frei und scharf begrenzt da ohne Spur von Verwachsungen. Auffallend war die verhältnismäßig geringe Größe der Glans, die Enge der äußeren Urethralöffnung; dabei war das Glied selbst und das Genitale im Verhältnis zur Körpergröße als normal zu bezeichnen; die Eichel war entschieden unterentwickelt und das Orif. ext. urethrae ließ bloß eine Bougie von 5 Ch. Stärke durch.

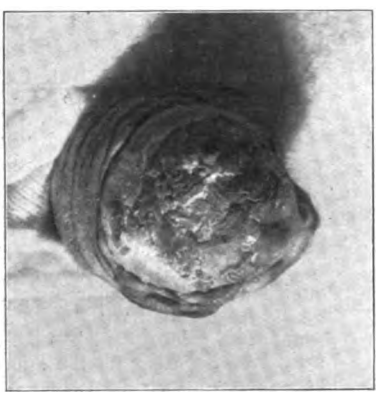


Abb. 1.

Die ganze Oberfläche der Glans war fast in ihrer ganzen Ausdehnung mit Exkreszenzen besetzt; ausgespart blieb nur eine kleine kreisförmige Stelle um die Urethralmündung und ein schmaler Streifen an der Corona glandis. Sonst war alles landkartenförmig besetzt. Entsprechend dem l. o. Qu. nahm eine 2—3 mm dicke Exkreszenz daselbst Platz in festem Zusammenhange mit der Oberhaut der Glans und war nirgends erodiert; die Konsistenz und Härte war die einer Verruca vulg. Betrachtete man die Oberfläche dieses Gebildes mit einer Lupe, so war das Bild einem Blumenkohle ähnlich: die Oberfläche des Gebildes war gleichsam mit vielen — vielen rundlichen, kaum erhabenen, nirgends erodierten Wärzchen bedeckt. Die Farbe war auch hier milchig-bläulichweiß, opak; der übrige Teil der Glansoberfläche war mit kleineren und größeren Inseln besetzt, deren Flächenausdehnung in den Grenzen zwischen einer Hirse- und Linsengröße sich bewegte. Diese Stellen waren jetzt mit ganz feinen, dünnen, opaken, milchig-bläulichen Lamellen besetzt, die an der Peripherie der Exkreszenz frei flottierten, in der Mitte aber stärker adhärent waren; mit der Pinzette entfernt, war die darunterliegende Epidermis glatt, glänzend, rötlich, nirgends blutend.

Einige Tage nach der Operation, wo sich die Glansoberfläche von der bisherigen Mazeration erholte, war schon eine Veränderung im Aspekt eingetreten. Die von den Exkreszenzen ausgesparten Stellen der Glansepidermis boten das sonst normale Bild nach Farbe und Konsistenz. Die Exkreszenzen waren aber mit einer etwa 1—2 mm starken, mehrschichtigen, schmutzig-graubraunen, ziemlich harten und widerstandsfähigen Hornlamelle bedeckt, die, entfernt, auch jetzt eine glatte, glänzende, rötliche, aber nicht blutende Fläche freigaben. Hatte man die Lamellen entfernt, so bildeten sie sich in 6 bis 8 Tagen vielleicht noch stärker wiederum neu.

1. XII. 24. Probe-(Keil)-Exzision.

Auf Grund des makroskopischen Bildes war die vermutete Möglichkeit einer Primärsklerose glatt auszuschließen, nicht aber die Wahl unter drei Eventualitäten so leicht zu treffen; sogar war hier ein Weiterkommen makroskopisch völlig ausgeschlossen.

Nach unserer Ansicht hätte es sich hier um dreierlei handeln können: 1. war es möglich, daß das verruköse Gebilde ein breitbasiges Condyloma acumin. darstellt; 2. mußte man unbedingt die Möglichkeit eines Epithelioms in Betracht ziehen; 3. konnte es sich noch um die seltene Form einer Keratose handeln.

Digitized by Google

(Lues anamnestisch negativ; Blut-WR: negativ; Urin: Zucker negativ.)

Fall 2: Gustav H., 66 J. alter Kaufmann. Mittelgroß, sehr rüstig, gut genährt; Hautfarbe gesund, bräunlich; innere Organe: o. B.

Familienanamnese: o. B.

Anamnese: Kinderkrankheiten sind nicht mehr erinnerlich, ernstlich nie krank gewesen. Pat. war auch nie venerisch erkrankt. Bis zur Militärzeit ging die Vorhaut immer sehr schwer und nur straff zurück; von seinem 21. Lebensjahre an — seit 45 Jahren! — konnte er die Vorhaut nie wieder nach hinten bringen: die erworbene Phimose blieb dauernd. Nach Angabe des Pat. konnte er nie Verwachsungen zwischen Eichel und innerem Vorhautblatt wahrnehmen, um so mehr, da er den Vorhautsack jeden Tag mit einer kleinen Spritze mit lauwarmem Wasser ausspritzte, reinigte, seitdem die Vorhaut nicht mehr zurückging.

Bemerkenswert ist es noch, daß bei dem einzigen Sohne des Pat. eine angeborene Phimose vorlag, die in seinem 3. Lebensjahre wegen großen Beschwerden entfernt werden mußte.

Am 18. X. 1924 kam Pat. mit dem Entschluß, die Phimotomie machen zu lassen, da ihm die ewige Spritzerei schließlich lästig wurde. Phimotomie in Lokalanästhesie.

Stat. praes.: Die Vorhaut deckt die Eichel vollkommen; vorn ist lediglich eine kleine, linsengroße Öffnung frei, wodurch das sehr enge, etwa 8 Ch. weite Orific. urethrae ext. hervorlugt. Nach der Phimotomie ist ohne weiteres festzustellen, daß erstens die Ränder des Präputiums nirgends erodiert waren, zweitens daß die innere Lamelle der Vorhaut mit der Glans nirgends verklebt, geschweige denn verwachsen war. Nur der Sulc. coron. glandis ist verklebt, verwachsen, so daß die Corona glandis vollkommen fehlt. Das innere Präputialblatt, wie die Epidermis der Glans zeigen zur Zeit der Operation nichts besonderes. Nirgends Substanzverluste oder Kontinuitätstrennungen. In 8 Tagen sind die Wundränder per primam verheilt.

Etwa 4 Wochen später zeigte sich folgendes Bild: Die Hautdecke der verhältnismäßig kleinen Eichel ist in toto vom angedeuteten Sulc. coron. bis zum sehr engen Orif. ext. mit einer graulichweißen, gefelderten, zerknitterten, an vielen Stellen blättrig, in kleinen, ziemlich dicken und widerstandsfähigen Lamellen schuppenden „Glasur" überzogen. Die Lamellen heben sich stellenweise von selbst ab, oder sie lassen sich mit Leichtigkeit abheben, wobei ein feuchtglänzender, rosaroter, nicht blutender, glatter Grund zurückbleibt.

Hier ist noch zu bemerken, daß der Pat. keinerlei subjektive oder objektive Beschwerden hat. Nirgends Nässen, Substanzverlust oder Geschwürsbildung sichtbar. Kein Jucken, kein Brennen.

An der Hand der systematischen Untersuchung stellt sich noch heraus, daß der Urin Zucker enthält (Nylander: ++); Eiter. Eiweiß: negativ. Spez. Gewicht: 1034; Zucker quantitativ nach Lohnstein 6%.

Bemerkenswert ist noch ferner, daß die abgehobenen, entfernten Hornlamellen sich — hier auch — in 4—6 Tagen in derselben Stärke wieder neu bildeten.

Am 30. XII. 1924 Probe(Keil)-Exzision an 3 Stellen: 1. rechts, 2. links an der Eicheloberfläche, 3. an dem Übergang in den Sulc. coron.

Fall 3: Alfred B., 33 J. alt, Lackierer; mittelgroß, stämmig, kräftig, gut genährt; Hautfarbe gesund, bräunlich; innere Organe: o. B.

Familienanamnese: ohne Belang.

Anamnese: Kinderkrankheiten nicht erinnerlich. Gonorrhoe hat er nicht gehabt. 1916 Lues (P. A. ad penem); Pat. hat 2 Kuren (Sa + Hg) gemacht: 1. Kur 1916, 2. Kur 1919 jedesmal etwa 6—8 Sa- + 6—8 Hg-Spritzen; Blut-WR ist niemals untersucht worden.

Pat. litt an einer angeborenen Phimose: Öffnung wie ein Stecknadelkopf; er ließ die Phimose wegen Miktionsbeschwerden 1909 (17 J. alt) beseitigen.

Stat. praes.: Penis und Eichel gut entwickelt; keine Abnormität; in dem linken oberen Quadranten der Eichel parallel mit der Corona glandis etwa 5 mm davon entfernt zieht sich ein etwa 2 cm langer, etwa 2—3 mm breiter Streifen, der aus weißgrauen plättchenförmigen Effloreszenzen besteht. In dem r. o. Quadranten zieht sich wie eine Saite vom Koronarrand bis zum Orif. urethrae ext. ein 2—3 mm breiter weißgrauer, stellenweise sehr stark dunkelbraun pigmentierter Streifen, der etwas pergamentartig sich aus der gesunden Epidermis heraushebt.

Digitized by Google

Die Affektion besteht seit Jahren vollkommen unverändert und kam seiner Zeit nach der Phimotomie zum Vorschein.

Das Orific. urethrae ist etwa 5 mm von der Öffnung von einem 2—3 mm breiten ähnlichen Ring umgeben.

Pat. ist ganz beschwerdefrei: kein Jucken, kein Brennen.

16. II. 1925. Probeexzision von zwei linsengroßen Effloreszenzen an der Glans penis.

Blut-WR: negativ; Urin: Eiweiß. Eiter, Zucker: negativ.

Zusammenfassend können wir das Wesentliche der klinischen Bilder darin erblicken, daß sie untereinander große Verschiedenheiten aufweisen. Im Fall 1 war das klinische Bild von den verrukösen Exkreszenzen beherrscht; Fall 2 war durch den zerknitterten, pergamentähnlichen Überzug auf der ganzen Eichel besonders ausgezeichnet; schließlich zeigte Fall 3 die fragliche Affektion nur sehr zart angedeutet. Bemerkenswert ist noch, daß der 1. Fall Lues nie gehabt hat, beim 2. Falle die Affektion mit Diabetes mellitus vergesellschaftet war, wenngleich der Diabetes erst aller Wahrscheinlichkeit nach in den letzten Jahren auftrat und bei mir zur Diagnose kam; daß Fall 3 zwar Lues gehabt hatte, die aber erst 7 Jahre später, als die Affektion dem Pat. bekannt war, akquiriert worden ist, und die Affektion seit der Zeit der luetischen Infektion nach Aussage des Pat. gar keine Veränderung mehr erlitten hat.

Nicht unwesentlich erscheint es uns zu verzeichnen, daß die fragliche Affektion aller 3 Fälle lediglich als Nebenbefund zur Diagnose gelangte, da die Patienten gar keine subjektiven Beschwerden von derselben verspürt haben; der erste kam wegen einer Gonorrhoe, der zweite zwecks Phimotomie, der dritte wollte sich nach seinem Zustand wegen Lues untersuchen lassen. Im 1. und 3. Falle bestand eine angeborene Phimose, im 2. Falle handelte es sich zwar um eine erworbene Phimose, die aber zur Zeit bereits seit etwa 46 Jahren bestand.

Wie oben auseinandergesetzt, war einzig die Phimose das vereinigende Moment im klinischen Bilde, sonst zeigte die Affektion in den 3 Fällen — klinisch und nach den Begleitumständen — die größten Verschiedenheiten. Es muß andererseits unbedingt gesagt werden, daß die 3 Fälle schon nach der ersten Untersuchung als fließende Übergänge derselben Affektion aufgefaßt wurden.

Die Entscheidung konnte man in der Frage nach der Ätiologie und Pathogenese nur von der histopathologischen Untersuchung erwarten. Erfreulicherweise konnte in allen 3 Fällen nach Biopsie eine gründliche, jedes Detail berücksichtigende histopathologische Untersuchung durchgeführt werden[1]).

Bevor ich auf die kritische Beleuchtung der in der Literatur niedergelegten Fälle klinisch und histologisch eingehen würde, möchte ich erst das Ergebnis der histopathologischen Untersuchung in meinen 3 Fällen hier folgen lassen.

---

[1]) Die Schnitte und die mikrophotographischen Aufnahmen sind im Path. Inst. der Univers. Leipzig angefertigt worden. Für das liebenswürdige Entgegenkommen möchte ich dem Direktor des Instituts, Herrn Prof. Dr. Huecк, auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank aussprechen.

Digitized by Google

Histopathologische Untersuchung.

Fall 1. Alwin Sch.: A) Exzisionsstück aus der Lamina interna praeputii.

B) Exzisionsstück an einer Übergangsstelle aus dem verrukösen Gebilde in dem l. o. Qu. der Glans penis.

Fall 2. Gustav H.: Exzisionsstücke an drei verschiedenen Stellen der Glans penis.

Fall 3. Alfred B.: Exzisionsstücke an zwei verschiedenen Stellen der Glans penis.

Fall 1, A. Die histologischen Befunde der Lamina interna praeputii weichen von denen des Exzisionsstückchens der Glans penis nicht ab. Um Wiederholungen zu vermeiden, gebe ich den detaillierten Befund unter 1, B. Ich möchte nur hier gleich hervorheben, daß ein Schwund der Elastika nirgends zu beobachten war. Zu verzeichnen ist die kleinzellige Infiltration der subpapillären und interpapillären Schicht. Besonders möchte ich die Weite der mittleren und tiefen Gefäße hervorheben.

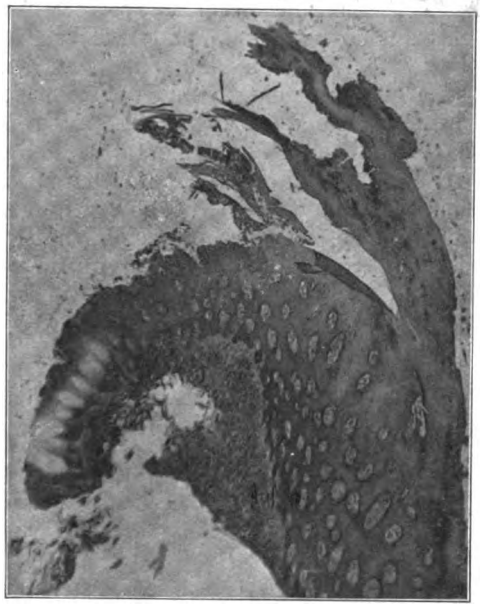


Abb. 2. Übersichtsbild vom Exzisionsstückchen der Glans penis. Vergr. 1 : 20.

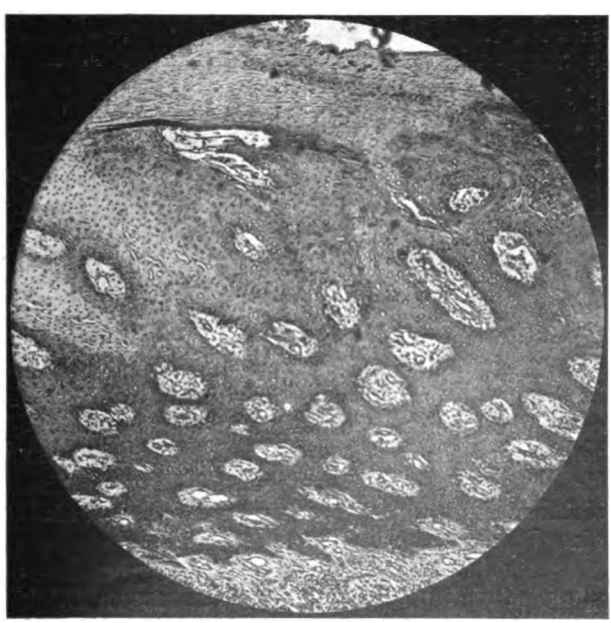


Abb. 3. Teilbild aus Abb. 2. Vergr. 1 : 50.
Kutis und Subkutis mit kleinzelligen Infiltrationen und bedeutend erweiterten Gefäßen.

Fall 1, B. Im ganzen mikroskopischen Bilde zeigt die Epidermis die weitestgehenden Veränderungen. Die Epithelzapfen sind kurz, dick, verbreitert, im ganzen sehr stark entwickelt. Das Strat. basale besteht aus sehr regelmäßigen, zylindrischen Zellen, die die Epidermis gegen die Kutis überall scharf abgrenzen. Auf die Basalschicht folgt eine sehr mäch-

Digitized by Google

tige Schicht: das Strat. spinosum (Rete mucosum, Rete Malpighi), das aus Hypertrophie und Hyperplasie aufweisenden, polygonalen Zellen besteht. Zwischen den einelnen Zellen sind die Interzellularbrücken sehr gut ausgebildet, und da die Stachelzellen durch das bestehende Ödem voneinander weit abgedrängt sind, können sie gut besichtigt werden. Die Verdickung ist außergewöhnlich groß: stellenweise bis zum 8 bis 10fachen des Normalen. Das darauffolgende Strat. granulosum besteht aus 8—10 Reihen von nach oben immer mehr flach gedrückten, länglichen, abgeplatteten Zellen, die reichlich Keratohyalinkörnchen enthalten. Die folgende Schicht des Strat. corneum besteht aus einer mächtigen, massigen

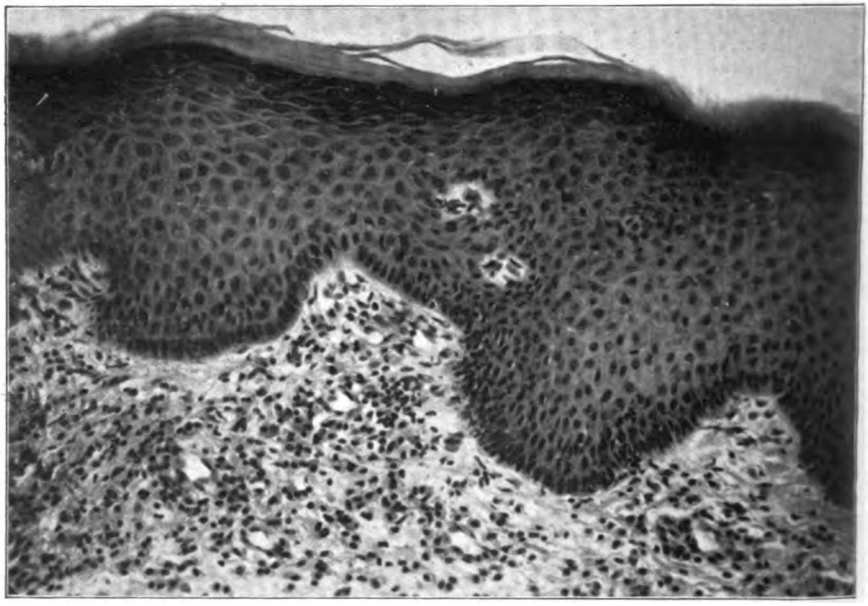


Abb. 4. Teilbild aus Abb. 2. Vergr. 1:100.
Inter- und subpapillar kleinzellige Infiltration und erweiterte Gefäße.

Lage von verhornten Zellen, die teilweise noch deutlich sichtbare Kerne enthalten. Zumeist ist die letztere Schicht mit der Granularschicht in kontinuierlichem Zusammenhange, teilweise ist sie aber — entsprechend den mehr oder minder festhaftenden, klinisch bemerkbaren Schuppen — aufgefasert, disjunkt. An manchen Stellen sind „Epithellücken" und kleine Herde von kleinzelligen Infiltrationen im Gebiete des Str. spinos. sichtbar. Im ganzen zeigt also die Epidermis: Akanthose, Spongiose, eine Para- und Hyperkeratose.

Der bindegewebige Papillarkörper des Stückchens ist ebenfalls stark entwickelt. Hier ist auf den ersten Blick die ausgedehnte kleinzellige Infiltration bemerkbar. Sein Gewebe besteht aus zahlreichen zartwandigen und weiten Kapillaren, vielen Fibroblasten und einem ziemlich bunten Gemisch hämatogener und histogener Wanderzellen, unter

Digitized by Google

denen sowohl eosinophile als auch Plasmazellen zu finden sind. Die elastischen Fasern sind überall durchaus gut und normal entwickelt. Die Gefäße sind stark erweitert und perivaskulär infiltriert.

Von der Subkutis ist lediglich zu bemerken, daß die kleinzellige Infiltration sich von der Kutis aus auf sie fortsetzt, und daß die Gefäße hier auch stark erweitert sind (Abb. 2—4).

Fall 2. Das Ergebnis der histologischen Untersuchung kann ich wegen der großen Kongruenz mit dem Fall 1 dahin zusammenfassen, daß die einzelnen Schichten der Epidermis eine mächtige hypertrophische und hyperplastische Verdickung aufwiesen. Das Str. basale schloß mit seinen zylindrischen Zellenschichten die Epidermis gegen die Kutis überall scharf ab. Im Str. spinosum sind die Interzellularbrücken und Lücken stark ausgeprägt. St. granulos. enthält reichlich Keratohyalinkörnchen in den länglich abgeplatteten Zellen. Das Str. corn. weist schließlich in der verdickten Hornschicht kernhaltige Zellen auf. Also hier auch: Akanthose, Spongiose, Para- und Hyperkeratose (Abb. 5). Besonders auffallend ist hier die starke Durchsetzung der Epidermis mit Leukozyten, die zerfallen und sich den abnorm stark entwickelten Hornmassen mit ihrem Kernschutt beimischen.

Das inter- und subpapilläre Bindegewebe ist mit einer

Abb. 5. Übersichtsbild. Vergr. 1 : 20.

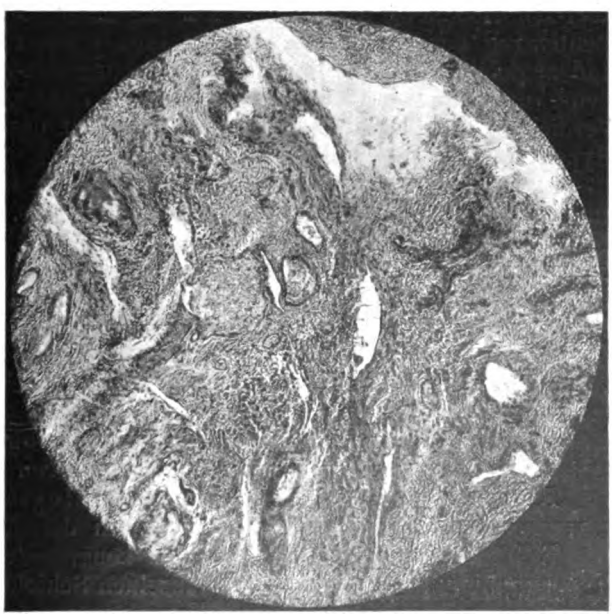


Abb. 6. Teilbild aus Abb. 5. Vergr. 1 : 50. Kutis und Subkutis mit kleinzelligen Infiltrationen und erweiterten Gefäßen.

Digitized by Google

sehr dichten entzündlichen Infiltration durchsetzt, Schwund der Elastika ist hier auch nicht zu bemerken. Dagegen ist die besonders auffallende Erweiterung der Gefäße der gefäßreichen Kutis und Subkutis zu unterstreichen (Abb. 6).

Fall 3. Während dieser Fall klinisch eigentlich nur ganz kleine Spuren von der leukokeratotischen Affektion zeigt, ist der histologische Befund von dem der zwei anderen Fälle derart verschieden, daß ich ihn hier ausführlich wiedergeben möchte. — Es wurden zwei kleinlinsengroße, ziemlich flache Gewebsteile aus der Glans penis exzidiert.

a) In dem einen Stückchen findet sich eine subepidermal im Korium gelegene, zellarme, sehr elastinarme, aus parallel geordneten Bindegewebsfasern bestehende, papillenlose, sklerotische Platte, die der Epidermis teils dicht anliegt, teils durch einen kleinen (jetzt leeren) Spalt von ihr getrennt erscheint und die sich bei Elastinfärbung von dem elastinreichen Bindegewebe der Umgebung scharf abhebt. Das elastische Gewebe der Umgebung erscheint vermehrt, ist dicht gelagert, kleinwellig, und um die ziemlich reichlich entwickelten an die kleine fibröse Platte herantretenden Gefäße angeordnet. Außerdem wird die kleine narbenartige Platte durch eine mäßig starke kleinzellige Infiltration von dem intakten Gewebe geschieden. Aus der Kutis treten ziemlich reichlich offenbar neugebildete Gefäße zum Teil in etwas strahliger Anordnung an die kleine Platte heran. — Mastzellen sind im anschließenden Kutis- und Subkutisgewebe ziemlich reichlich vorhanden; außerdem einzelne eosinophile granulierte Zellen.

Die Epidermis zieht glatt über die kleine Narbe hinweg und zeigt über derselben eine vom Rande her nach der Mitte zunehmende Depigmentierung der Basalzellenschicht, einen etwas unregelmäßigen Aufbau und zugleich eine geringe Formveränderung der Zellen im Str. germinativum und Str. spinos., einen Verlust der Zona granulosa, eine mäßige Verdickung und außerdem eine Kernhaltigkeit des Str. corn. (= geringe Hyperkeratose mit Parakeratose).

b) In dem zweiten Stück findet sich eine unebene Beschaffenheit und stellenweise eine Verdünnung der Epidermis. Dicht unter der Epidermis liegen einige kleine zum Teil ineinander übergehende kleinzellige Infiltrate, von denen aus eine Einwanderung von Infiltratzellen in die Epidermis stattgefunden hat. Auch in diesen kleinen chronisch-entzündlichen Infiltraten ist das elastische Gewebe mehr oder weniger geschwunden.

Die Gefäße der Kutis sind um die Herde nicht besonders erweitert, erscheinen nur teilweise leicht verdickt.

In allen 3 Fällen konnte eine Epitheliombildung oder eine präkanzeröse Epithelumwandlung nirgends nachgewiesen werden.

Fassen wir das Resultat der histopathologischen Untersuchung zusammen, so läßt sich folgendes bezüglich der Epidermis feststellen:

Fall 1 und 2 zeigen hier ein fast kongruentes Bild: eine mächtige Hypertrophie und Hyperplasie der einzelnen Schichten, die zur Akanthose, Spongiose, mit einer Para- und Hyperkeratose führen. In den beiden Fällen findet sich ein chronisch-entzündliches Infiltrat im Rete Malpighi — im Fall 1 in geringerem Grade, im Fall 2 ganz hochgradig.

Digitized by Google

Das Bindegewebe der Kutis und Subkutis zeigen auch ein gleichähnliches Bild in den zwei ersten Fällen: reichliches, chronisch-entzündliches, kleinzelliges Infiltrat, stellenweise neugebildetes, reichliches Bindegewebe; kein Schwund der Elastika; viele erheblich erweiterte Gefäße.

Bedeutend abweichender ist das histologische Bild im Fall 3. — Die Hypertrophie der einzelnen Schichten der Epidermis ist auch dort, wo sie vorhanden ist, geringgradig; die fortschreitende Depigmentierung in der Basalzellenschicht, der völlige Verlust des Str. granul., und ein geringes Maß der Para- und Hyperkeratose müssen hervorgehoben werden.

Noch augenfälliger ist der Unterschied im sub- und interpapillären Bindegewebe; während in den zwei ersten Fällen keine Abnahme, überhaupt kein Schwund der Elastika nachzuweisen war, zeichnet sich Fall 3 besonders durch den Schwund der Papillen, durch das sehr elastinarme Bindegewebe, kurz durch eine sehr fortgeschrittene, hochgradige Sklerose aus, die besonders kontrastreich vom elastinreichen Bindegewebe der Umgebung sich abhebt. Nebenbei sind noch kleine Herde chronisch-entzündlichen Infiltrats zu vermerken.

In Anbetracht der hochgradigen Sklerose muß noch auf die relative Weite der Kutisgefäße hingewiesen werden, wenngleich die Erweiterung derselben an den bezüglichen Stellen der anderen 2 Fälle viel bedeutender ist. Derselbe Grad von Erweiterung ist hier auch nicht zu erwarten, da das Gewebe hochgradig sklerotisch ist und die Gefäßwände verdickt sind, während dort die Weite der kutanen und subkutanen Gefäße bei den sehr zarten Wänden viel prägnanter war.

Für die spätere Bewertung der histologischen Befunde möchte ich auf die Gegensätzlichkeit hinweisen: hochgradige Akanthose, Spongiose, Para- und Hyperkeratose in den ersten 2 Fällen stehen mit einem geringeren Maß derselben Veränderungen im Falle 3 gegenüber; elastinreiches Bindegewebe dort — hochgradiger Schwund der Elastika hier; einheitlich ist die absolute (dort), bzw. relative (hier) Weite der Gefäße in der Kutis und Subkutis im Bereiche der klinisch wahrnehmbaren Affektion; ferner ist in allen Fällen ein mehr oder minder ausgeprägtes, chronisch-entzündliches Infiltrat vorhanden.

Nach der klinischen und histopathologischen Analyse meiner Fälle möchte ich mich im folgenden der Frage zuwenden, wieweit die Kenntnis der leukokeratotischen Affektion im Genitalbereich des Mannes klinisch geklärt, ätiologisch und pathogenetisch sichergestellt ist; was für Schlüsse die bisher in der Literatur niedergelegten Fälle bezüglich Klinik und Ätiologie zulassen; und schließlich was für Folgerungen aus der eigenen Beobachtung für Klinik, Ätiologie und Pathogenese sich ergeben.

Die Kenntnis der leukokeratotischen Veränderungen am männlichen Genitale ist erst jüngeren Datums.

Viel früher ist die Aufmerksamkeit der Forscher aller Länder auf die leukoplakischen Veränderungen der Mundhöhle und Zunge gelenkt worden wegen der — mitunter — großen differentialdiagnostischen Schwierigkeiten zwischen der idiopathischen und syphilogenen epidermidalen Trübungen. Vereinzelte, seltene Beobachtungen über analoge epidermidale Veränderungen anderer Gebiete mit wahrer Schleimhautbe-

Digitized by Google

deckung sind in der Literatur berichtet worden, so über leukoplakische (leukokeratotische) Affektionen des Kehlkopfes, der Stimmbänder (Pachydermia laryngis Virchow), ferner von Pharynx, Mittelohr, Uretheres. Blase, Urethra; ebenso liegen zahlreiche Beobachtungen über ähnliche Affektionen der Vagina und Gebärmutterhöhle vor.

Die epidermidale Bedeckung der eben genannten Abschnitte gehört zu den echten Schleimhäuten, die sich histologisch von der äußeren Haut durch das Fehlen des St. granulos. und durch Mangel an Verhornung der oberen Epithelzellenlager unterscheiden.

Eine äußerlich schleimhautähnliche Beschaffenheit zeigen makroskopisch die epidermidale Bedeckung der äußeren weiblichen Genitalien, d. i. die ganze Epidermisoberfläche der Vulva bis zum Intr. vaginae und Orif. urethrae und am männlichen Genitale der Überzug der Glans und des Praeput. penis. Die ständige, warm-feuchte Mazeration durch die zersetzenden Drüsensekrete macht diese Hautpartien etwas dünner, geschmeidiger, scheimhautähnlicher. Histologisch untersucht handelt es sich aber genau um dieselben Verhältnisse wie bei der übrigen Hautdecke: hier sind sämtliche Schichten der Haut vorhanden: auf das Str. zylindricum (St. basale), folgt das Str. spinosum (= Rete mucosum, Rete Malpighi), dann das Str. granulosum mit den etwas länglichen, abgeplatteten, viel Keratohyalin enthaltenden Zellenlagen, dann als Zeichen totaler Verhornung — Keratinisatio, Cornificatio — der obersten Zellschichten — das Str. corneum.

Wegen der makroskopischen Ähnlichkeit dieser Hautpartien mit den echten Schleimhäuten werden sie als Übergangsschleimhäute (Semimukosa) bezeichnet.

Während die Frage der leukoplakischen Veränderungen der Mundhöhle (Wangen, Zunge) nach Ätiologie, Pathogenese und Prognose nach den grundlegenden Arbeiten von Schwimmer (1878) (1), nach den großangelegten Referaten und anschließenden sehr lebhaften Debatten an zwei internationalen Kongressen (Paris 1900 [2], Lissabon 1906 [3]) auf Grund einer überreichlichen Kasuistik heute wohl erledigt ist und während die Gynäkologen die analogen Veränderungen an den inneren und äußeren weiblichen Genitalien an der Hand eines großen kasuistischen Materials gut erforschen konnten — kann man es von den leukokeratotischen Veränderungen des äußeren männlichen Genitale (Glans u. Praeput. penis) noch immer nicht behaupten.

Erstens muß festgestellt werden, daß die Kasuistik der hier zu erörternden Affektionen sehr gering ist. Am reichlichsten sind Beiträge in der deutschen Literatur (Kraus [4], Fuchs [5], Pflanz [6], Galewski [7], Heller [8], Bohač [9] u. a.) niedergelegt, während in der ausländischen Literatur ähnliche Affektionen nur ganz vereinzelt beschrieben worden sind. Mag das auch damit zusammenhängen, daß die leukokeratotischen Veränderungen des männlichen Genitale oft nur indirekt als Nebenbefund zur Kenntnis und zur Beobachtung kommen.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

Aus der Städtischen Fürsorgestelle für Geschlechtskranke in Berlin-Neukölln.

Die Fürsorge für geschlechtskranke Kinder.

Von

Dr. Ernst Levin, leitendem Arzte der Fürsorgestelle.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bei Kindern unterliegt vielfach anderen Gesichtspunkten als bei Erwachsenen. Häufiger noch als bei diesen besteht die Krankheit bereits längere Zeit, bevor sie aufgedeckt wird, so daß die Behandlung unter ungünstigeren Umständen einsetzt. Zur Einleitung der aussichtsvollsten Beeinflussung des Syphilisprozesses, der Abortivbehandlung, wird sich bei Kindern, besonders solchen im frühesten Lebensalter, nur ganz ausnahmsweise die Gelegenheit bieten; vielmehr ist es ja gerade bei letzteren die kongenitale Syphilis, mit der wir es in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle zu tun haben und bei der, wenn die segensreiche Prophylaxe, die Behandlung der Mutter während der Schwangerschaft, verabsäumt ist, das oft kaum lebensfähige Material die Aussichten auf eine Heilung wesentlich verschlechtert. Fast noch ungünstigere Verhältnisse finden wir bei dem kindlichen Tripper, der hauptsächlich unter dem Bilde der Vulvovaginitis gonorrhoica der kleinen Mädchen zu denjenigen Krankheiten zu zählen ist, die als Crux medicorum bezeichnet werden können. Andererseits ist die soziale Gefahr der Geschlechtskrankheiten bei Kindern eine ganz besonders große: die Möglichkeiten der direkten oder indirekten Übertragung auf andere Kinder oder auf Erwachsene sind mannigfacher Art; die elenden wirtschaftlichen Verhältnisse in Verbindung mit der stark gesunkenen Moral haben zu einer Zunahme der Geschlechtskrankheiten bei Kindern und mehrfach zu Infizierung eines großen Personenkreises von solchen aus geführt, worüber im letzten Jahre wieder mehrfach berichtet worden ist (M. Gumpert, D. m. W., 1924, Nr. 7. — W. Schönfeld, D. m. W., 1924, Nr. 25).

Bei dieser Sachlage muß es Wunder nehmen, wie wenig eigentlich bisher geschehen ist, um hier mit einiger Aussicht auf Erfolg einzugreifen. Die Literatur bietet kein die Frage irgendwie erschöpfend behandelndes Material, und selbst in Blaschkos „Hygiene der Geschlechtskrankheiten" ist nichts über die wichtige Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten in den Schulen zu finden.

Durch die Beobachtungen an der im Jahre 1919 eingerichteten und seitdem unter meiner Leitung stehenden Städtischen Fürsorgestelle für Geschlechtskranke in Berlin-Neukölln wurde ich schon seit geraumer Zeit auf diese Verhältnisse aufmerksam; es konnte keinem Zweifel unterliegen, daß im Laufe der letzten Jahre sicher eine Zunahme der Geschlechtskrankheiten bei Kindern stattgefunden hatte und daß ein großer Teil der Erkrankungen sich der Erkennung und ausreichenden Behandlung entzog. Erwägungen, wie hier einzugreifen und zu bessern sei, haben mehrfach in Besprechungen, die unter dem Vorsitze des der Frage ganz besonderes Interesse entgegenbringenden Dezernenten für das Neuköllner Gesundheitswesen, Stadtrat Dr. Silberstein, und unter Hinzuziehung von Persönlichkeiten, die bei der wesentlichen Bedeutung der Angelegenheit für die Schule in Frage kamen, stattgefunden, ohne daß bisher ein Abschluß erfolgt ist. Es besteht, wenn man sich näher mit der Frage beschäftigt, doch eine ganze Reihe vorher nicht erwarteter Schwierigkeiten der praktischen Ausführung, die zum Teil mit der augenblicklichen Lage der Gesetzgebung und der Organisation des Schulwesens zusammenhängen. Es ist mir ferner Gelegenheit gegeben worden, vor den Schulrektoren sowie vor den Schulpflegerinnen Referate über die Bedeutung der kindlichen Geschlechtskrankheiten zu halten nnd diesen Personen Wege für ihre Mitwirkung bei der Bekämpfung zu weisen.

Anzustreben ist vom Standpunkte der Fürsorge aus:

1. möglichst restlose Erfassung aller geschlechtskranken Kinder;
2. ausgiebige Behandlung bis zur völligen Heilung;
3. Verhinderung der Weiterverbreitung während des infektiösen Stadiums;
4. Registrierung sämtlicher Fälle an einer zentralen Stelle, um Behandlung usw. zu überwachen und wirkliche Heilung durch Nachuntersuchung und längere Kontrolle sicherzustellen.

Wie gesagt, haben wir in Neukölln versucht, in dieser Richtung praktisch tätig zu sein. Wir haben es hier mit einem Gebiet zu tun, das, obwohl jetzt einen Verwaltungsbezirk von Groß-Berlin darstellend, doch den Charakter eines in sich abge-

Digitized by Google

schlossenen Stadtgebietes bewahrt hat. Die Einrichtung einer einzigen Zentralstelle für Groß-Berlin käme praktisch wohl überhaupt nicht in Frage; für Neukölln ist jedenfalls die dort bereits bestehende Fürsorgestelle für Geschlechtskranke die gegebene Zentralstelle. Wir haben hier bereits besondere Listen geschlechtskranker Kinder angelegt und bemühen uns, sie dadurch zu vervollständigen, daß wir angeregt haben, es sollten sämtliche in Frage kommenden Stellen (insbesondere Säuglingsfürsorgestellen, Krankenhäuser, Schulärzte, Schulpflegerinnen) alle zu ihrer Kenntnis gelangenden Fälle an uns melden[1]). Wir bewegen uns hier großenteils auf derselben Linie mit den Vorschlägen von M. Gumpert (Richtlinien zur Bekämpfung erworbener Geschlechtskrankheiten bei Kindern. Mitt. DGBG., 1924, Nr. 6). Eine eingehende Diskussion dieser Vorschläge möchte ich mir für heute versagen; daß sie sich nicht alle in der Praxis werden durchführen lassen, ist klar, doch schadet es nichts, zunächst etwas über die Grenzen des zur Zeit Erreichbaren hinauszuschießen.

Wie man am besten dahin gelangt, möglichst alle erkrankten Schulkinder festzustellen, ist nicht so leicht zu sagen. Mit einer einmaligen Untersuchung bei der Aufnahme in die Schule (ebenso in Heime und ähnlichem) ist es nicht getan. Wir haben schon vor Jahren, einer an uns ergangenen Anregung folgend, die Frage einer von Zeit zu Zeit zu wiederholenden Reihenuntersuchung erwogen, sind aber von einer solchen doch wieder zurückgekommen, da die Bedenken dagegen zu groß waren. Es würde sich mit Rücksicht auf den Tripper doch um die Notwendigkeit handeln, in der Pubertät befindliche oder dieser nahe stehende Mädchen einer zwangsweisen genitalen Untersuchung zu unterziehen. Wir suchen hier auf die Weise weiter zu kommen, daß die Schulärztinnen und Schulpflegerinnen aufklärend besonders auch bei den Eltern der Schülerinnen wirken, daß, wenn Erkrankungsfälle in einer Klasse vorgekommen sind, nach weiteren Kindern, die an Ausfluß leiden, geforscht wird, und daß auf dem Wege gütlichen Zuspruches versucht wird, die Abnahme von Präparaten durchzusetzen.

Sehr wichtig ist die seitens der Fürsorgestelle durchzuführende Kontrolle der als geschlechtskrank bekannt gewordenen Kinder in bezug auf Regelmäßigkeit und Zweckmäßigkeit der Behandlung; Unverstand der Eltern und Neigung zu Kurpfuscherbehandlung (in letzter Zeit besonders Biochemie) bereiten uns viele Schwierigkeiten. Auch hier müssen wir versuchen, in Güte weiter zu kommen; gesetzliche Zwangsmittel haben wir nicht. Für die Dauer der infektiösen Erscheinungen ist Krankenhausbehandlung vorzuziehen, doch wird sich häufig ambulante Nachbehandlung anschließen müssen. Für die Behandlung außerhalb des Krankenhauses ist die Einrichtung einer unentgeltlichen Behandlungsstelle ins Auge gefaßt, da doch Fälle vorkommen, in denen auf andere Weise eine ausreichende und genügend energische Behandlung nicht durchführbar erscheint: bei der Schwierigkeit, den Tripper der kleinen Mädchen restlos zu heilen, wird schon viel erreicht, wenn man ihm wenigstens seine Infektiosität nimmt und damit die Kinder nicht zu lange von der Schule fernzuhalten braucht.

Einer Kontrolle bedarf ferner die angebliche Heilung nach ärztlicher Behandlung, Rückfälle sind bekanntlich nicht selten und müssen baldigst erkannt werden (Reizproben usw.). Auch eine Kontrolle der Atteste, ohne die eine Wiederaufnahme des Schulbesuches unter keinen Umständen erfolgen dürfte, ist erforderlich, damit die Zulassung nur auf Grund wirklich einwandfreier Atteste geschieht.

Wir beschränken uns nicht auf die schulpflichtigen Kinder und nicht auf die erworbenen Geschlechtskrankheiten. Auch die kongenitale Syphilis bedarf der Fürsorge, zunächst zwecks Überwachung der Behandlung, die bei genügend energischer Durchführung doch recht viel erreichen kann, ferner auch zwecks weiterer Verfolgung bis zum Eintritt in das schulpflichtige Alter. Wenn auch die erkrankten Säuglinge großenteils in den Säuglingsfürsorgestellen versorgt werden, so erblicke ich den Wert der Geschlechtskrankenfürsorgestelle als Zentralstelle darin, daß sie das Bindeglied zwischen Säuglings- und Schulalter darstellt, daß kein Vakuum entsteht, sondern die bereits vorher als geschlechtskrank festgestellten Kinder zum Zeitpunkte des Eintrittes in die Schule dieser entsprechend mitgeteilt und den notwendigen Maßnahmen unterworfen werden können.

Über die hier besprochenen, vom Standpunkte der Fürsorge für bereits erkrankte Kinder uns interessierenden Maßnahmen hinaus muß natürlich viel anderes geschehen, um Übertragungen von Geschlechtskrankheiten auf Kinder und die Geburt kongenital syphilitischer Kinder zu verhüten.

---

[1]) Dieser Anregung ist inzwischen stattgegeben worden.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Russki Westnik Dermatologii.

1925, Bd. 3, Nr. 4.

Purpura annularis teleangiectodes Majocchi, von A. Skomarowsky. Beschreibung von 3 derartigen Fällen, wobei bei zweien sich Tuberkulose der Lungen fand. Verf. führt diese Krankheit auf eine Intoxikation zurück.

Ein Beitrag zur Verbreitung der Lepra in Rußland und über die Maßnahmen zur Bekämpfung derselben, von A. Rajewski. Nach dem Material des Leprosorium Krutyje Rutschji, in der Nähe von Kingiseff, früher Jamburg, sind in demselben im Laufe der letzten 30 Jahre 501 Lepröse verpflegt worden, darunter 380 mit der knotigen und 114 mit der fleckig-anästhetischen Form. Da die Kranken aus sehr verschiedenen Gouvernements stammten, ist die Lepra als eine soziale Krankheit Rußlands anzusehen. Von Interesse ist die in diesem Leprosorium gemachte Beobachtung, daß Lepra und Tuberkulose einander auszuschließen scheinen.

Über Roseola tardiva seu tertiaria Fournier, von Jasnitsky. Auf Grund von 23 an der Kasaner Dermatologischen Klinik beobachteten derartigen Fällen rechnet Verf. die Erkrankung zur tertiären Syphilis und spricht sich über dieselbe folgendermaßen aus: Sie tritt bald als reinmakulöse, bald als makulopapulöse Art auf, die bisweilen mit knotenförmigem Syphilid kombiniert ist. Sie zeigt keine Neigung zu Zerfall, geht unter spezifischer Behandlung langsam zurück und hinterläßt mitunter zarte, weiße, atrophische Flecke. Pathologisch-anatomisch entspricht diese Roseola dem Syphilid der sekundären und tertiären Periode.

Über die Behandlung der Hauttuberkulose mit intravenösen Einspritzungen hypertonischer Lösungen von Calcium chloratum, von A. Kritschewsky und J. Popow. Die Verff. beobachteten in 4 Fällen von torpidem Lupus vulg. nach 25—30 intravenösen Einspritzungen einer 10%igen CaCl-Lösung, injiziert dreimal wöchentlich, zu 10—15—20 cm, vollständige Heilung.

Über Nebenwirkungen bei Behandlung der Syphilis mit Wismutsalizylat, von Gabelow. Nach den Erfahrungen an dem venerologischen Institut zu Wladikawkas werden die intramuskulären Wismutinjektionen vorzüglich vertragen, rufen keine Infiltrate hervor, sind schmerzlos. Gelegentliche, aber nur schwache Albuminurie wie Temperaturerhöhungen sind vorübergehend; der Wismutsaum ist eine spezifische Wismutwirkung, aber harmlos. Im allgemeinen sind die toxischen Wirkungen geringer als nach Hg und anderen spezifischen Mitteln; der Allgemeinzustand bessert sich.

Zur Kasuistik der gummösen Affektion des Mastdarmes, von D. Lapicheff. Der 40jähr. Kranke leidet seit 15 Jahren an Hämorrhoiden, welche vor 10 Jahren operiert wurden. Vor 4 Jahren traten wiederum heftige Schmerzen bei der Defäkation auf; er wandte sich an denselben Chirurgen, welcher ihn operiert hatte, der dieses Mal ein Ulkus des Mastdarmes konstatierte und dasselbe ausschnitt. Die Blutungen hörten aber nicht auf, so daß Pat. wieder den Chirurgen aufsuchte. Dieser fand die Schleimhaut des Mastdarmes 4—5 cm oberhalb vom Anus diffus infiltriert und mit einem diphtheroidem Belag bedeckt. In der Annahme einer syphilitischen Affektion überwies er den Kranken der Porasker Hautklinik, wo dasselbe gefunden wurde, sonst aber nichts Verdächtiges (WR —). Pat. leugnete Syphilis, gab aber zu, vor 10 Jahren einen schnell verheilenden Riß auf dem Penis gehabt zu haben. Unter einer kombinierten spezifischen Kur verschwand das anscheinend gummöse Ulcus recti.

Erfolgreich mit Gono-Jatren behandelte isolierte, gonorrhoische Bursitis, von W. Memorsky. Verf. beschreibt aus der Privatpraxis von Prof. A. Jordan den seltenen Fall von isolierter Bursitis über dem rechten oberen und unteren Sprunggelenk, $2^1/_2$ Wochen nach Auftreten des 1. Trippers. Unter Ruhe und 20 subkutanen Einspritzungen von Gono-Jatren zu 0.2—2.0 und späterer Anwendung von Janetschen Spülungen und Prostatamassage gingen alle Erscheinungen — Bursitis wie Blennorrhoe

Digitized by Google

— in 4 Monaten, bis auf einige Schleimfäden im Urin, zurück, welche wenige Leukozyten, aber keine Gonokokken enthielten. Pat. konnte anstandslos wieder gehen.

Über die Standardisierung und die notwendigen Bedingungen zur Anstellung der Wassermannschen Reaktion, von Tarassewitsch. Vorbereitendes Projekt für die staatliche Regelung dieser Frage zur Vermeidung eventueller Fehlerquellen.

A. Jordan-Moskau.

The British Journal of Dermatology and Syphilis.

1925, Bd. 37, Nr. 4.

The Eczemas of Bread Bakers and Confectioners, An Experimental and Clinical Study (Die Ekzeme der Bäcker und Zuckerbäcker, eine experimentelle und klinische Studie), von P. Prosser White. S. 163. Verf. macht den Versuch, durch genaue Prüfung der einzelnen, beim Brotbacken in Betracht kommenden Bestandteile der Ursache des Bäckerekzems näherzukommen und wählte besonders das Salz, in der Annahme, daß es sich hierbei um eine besonders reizende Substanz handle, zu seinen Experimenten. Aber auch bei diesen ließ sich keinerlei Erklärung dafür finden, daß Bäcker und Zuckerbäcker, welch letztere besonders feines Mehl verarbeiten, plötzlich nach vielen Jahren der gleichen Beschäftigung ein Ekzem u. a. m. auftritt. Diese Versuche sowie die klinischen Beobachtungen berechtigen daher zu dem Schlusse, daß es kein spezifisches Bäckerekzem gibt und diese Hauterscheinungen in der Mehrzahl der Fälle eher zufällige Erkrankungen als Folgen der Gewerbetätigkeit sind.

Skin-Diseases Named after Englishmen (Nach Engländern benannte Hautkrankheiten), von H. Goodman-New York. S. 172. Anführung der zahlreichen nach englischen Forschern benannten Hautkrankheiten nebst kurzen biographischen Angaben über deren Lebensgang. Es seien hier einige der wichtigsten angeführt: Potts Krankheit = Kaminkehrerkrebs des Hodens (nach Percival Pott 1714—1788), Hunterscher Schanker = eine Art Primäraffekt der Syphilis (nach Hunter 1728—1793), Batemans disease = Molluscum contagiosum und eine Anzahl anderer Hautkrankheiten, die ursprünglich nach Bateman (1778—1821) benannt wurden, wie Purpura senilis, Lichen urticatus, Herpes iris. Hodgkins Krankheit = Granuloma leucaemicum (Hodgkin 1798—1866). Die bekannte Addisonsche Krankheit nach Addison (1793—1860), Wilsons Krankheit = Lichen planus nach Wilson (1809—1869), Impetigo von Tilbury Fox (1836—1879) = Impetigo contagiosa, die bekannte Pagetsche Krankheit, das Vorläuferstadium des Brustkrebses, das nach Hutchinson (1828—1912) benannte Drei-Bild der angeborenen Syphilis, Brooks Krankheit = Epithelioma adenoides cysticum (Brook 1854—1906). Als Anhang ist eine weitere Liste zahlreicher, mit dem Namen ihrer ersten Erforscher versehener Hautkrankheiten beigefügt.

M. Stern-München.

Zeitschrift für Urologie.

1925, Bd. 19, H. 3.

Physiologie und Pathologie des Harnleiters, von V. Blum-Wien. S. 161. In sehr leicht verständlicher Form bringt der Verf. das Wichtigste aus der Anatomie, Physiologie und Pathologie der Blasen- und Nierenkrankheiten, insbesondere der Krankheiten des Ureters, für jeden Arzt von größter Bedeutung. Selbstverständlich notwendig ist die Kunst der Zystoskopie und ihre Deutung, ebenso der Katheterismus des Ureters. Hierzu tritt die Röntgenuntersuchung mit den verschiedensten und speziell indizierten Modifikationen. Die Arbeit ist des genauen Studiums wert.

Zur Frage reizloser Harnantiseptika, von R. Oppenheimer-Frankfurt a. M. S. 193. Urobenyltabletten einer Vereinigung von Hexamethylentetramin mit Benzyl (R. u. O. Weil-Frankfurt) gehören zu den reizlosen Harnantiseptizis, die gleichzeitig eine gute keimtötende Wirkung entfalten.

Die Tuberkulose der Harnorgane, von Eugen Joseph-Berlin. S. 196. Die Tuberkulose der Harnorgane ist stets sekundärer Natur. Die Niere kann als Absonderungsorgan die Tuberkelbazillen passieren lassen, ohne selbst Schaden zu nehmen. Die Tuberkulose der Harnorgane entsteht am häufigsten durch metastatischen Transport von infektiösem Material, seltener als eine Kontaktinfektion. Gewöhnlich beginnt der Prozeß

Digitized by Google

in der Niere an der Grenze von Rinden und Marksubstanz, von dort aus Weiterverbreitung nach dem Nierenbecken, Ureter, Blase usw. Das zystoskopische Bild zeigt Ulzerationen besonders an dem renalwärts eingezogenen Ureterostium, und Ulzerationen in der Blase und Knötchen. Verdächtig ist immer eine Kapazitätsabnahme der Blase. Mikroskopische, bakteriologische Untersuchung, eingehender Tierversuch, unbedingt notwendig. Feststellung der erkrankten Niere, Exstirpation, Behandlung des ganzen Menschen, Behandlung der Blase, die sich nach der Herausnahme der erkrankten Niere bessert, mit Rivanol.

Über den röntgenologischen Nachweis eines Blasentumors, von E. Bortini, Pavia. S. 202. Anamnese und Zystoskopie lassen an einen Blasenstein denken. Röntgen ergibt einen kleinen inkrustierten Tumor. Verf. bespricht die Vorzüge der Lufteinblasung bzw. der Pneumographie, mittels deren sogar Gallensteine erkenntlich sind.

Über die Varizen der Harnblase, von Matusovszk, I. Univ. Frauenkl. Budapest. S. 207. Der Verf. bespricht die Diagnostik, Ätiologie und die Symptomatologie der Blasenvarizen, auf die bei Blutungen wegen ihrer Gefährlichkeit zu achten ist.

Neuer Zystoskophalter, von H. Vogel-Blumenthal. S. 212. Der Zystoskophalter (Verfertiger Georg Wolf-Berlin, Karlstr. 18) besteht aus einer zweckentsprechend gebogenen Metallstange, in der Mitte eine nach oben und unten verschiebbare Stange als Stützpunkt, der mittels eines Kniegelenks nach allen Seiten verstellt werden kann. Zu beiden Seiten sind für die Uringläschen Halter eingebohrt, die leicht drehbar und nach oben und unten verschiebbar sind. Das einfache Gestell kann an jeden Tisch mit Beinhaltern befestigt werden. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Herpes.

Über die Beziehungen des Zoster zum Herpes febrilis, von B. Lipschütz. (W. kl. W., 1925, Nr. 3, S. 89.) Der Zoster und der Herpes febrilis sind, wenn auch biologisch einander verwandt, als ätiologisch durchaus verschiedene Infektionskrankheiten aufzufassen. Das geht schon aus der Verschiedenheit der Empfänglichkeit hervor, die gegen das Zostervirus nur sehr gering ist, ebenso wie auch eine Impfbarkeit auf die Haut des erwachsenen Menschen mit letzterem noch nie gelungen ist. Auch histologisch zeigen beide Krankheitsbilder verschiedenartige Veränderungen. Ferner besteht keine gegenseitige Immunität, sondern nur eine solche gegen das gleiche Virus, während der Zoster auch Immunität gegen Varizellen verleiht und wahrscheinlich ätiologisch mit ihnen zu identifizieren ist. Auch fällt die Bordet-Gengousche Reaktion mit Zosterantigen bei Herpes-febrilis-Serum negativ aus, während sie mit Zoster- und Varizellenserum positiv ist. Verf. macht den Vorschlag, die Verschiedenheit der Krankheitserreger auch in der Nomenklatur zum Ausdruck zu bringen und für den fieberhaften Bläschenausschlag die Bezeichnung „Herpes febrilis" beizubehalten, hingegen bei Herpes zoster nur von „Zoster" zu sprechen. B. Peiser-Berlin.

Über den heutigen Stand unserer Kenntnisse von den Herpeserkrankungen des Auges, von W. P. C. Zeeman-Amsterdam. (Kl. W., 1925, Nr. 6, S. 241.) Zusammenfassendes Referat der klinisch-ophthalmologischen Beobachtungen und experimentellen Untersuchungen des Herpes des Auges. Dabei wird in ausgedehntem Maße die neuere und zum Teil auch ältere Literatur berücksichtigt und besprochen.
E. Langer-Berlin.

Sur l'herpès du singe (Herpes beim Affen), von P. Teissier, E. Gastinel und J. Reilly. (Compt. rend. Soc. de Biologie, 1925, Bd. 92, Nr. 13, S. 1015—1017.) Für Herpesimpfung am geeignetsten ist von den Affen die Callithrixart. Das Virus bleibt streng dermotrop, und die Infektion vorläuft sehr ähnlich wie beim Menschen. Negativ blieben Impfungen auf Nervensystem und Hornhaut. Im Gegensatz zum Menschen stellt sich nach mehreren Impfungen refraktäres Verhalten gegen weitere Inokulation ein. Sie dauerte in einem Fall 4 Monate. Im refraktären Stadium zeigte Affenserum keine spezifische Einwirknng auf Menschenserum. H. Lippert-Köln.

L'herpès labial et sa guérison par les bains de Challes (Der Herpes labialis und seine Heilung durch das Schwefelwasser von Challes), von Hollande. (J. méd. de Paris, 1925, Nr. 13, S. 270—271.) Schwefelhaltiges französisches Mineralwasser. Geeignet besonders für rezidivierende Fälle. Anwendung in Form von Spray, 30—35°, 20 Minuten. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Prurigo und Pruritus.

Bemerkungen über Prurigo, von Bettmann, Univ.-Hautkl. Heidelberg. (W. m. W., 1925, Nr. 6, S. 330.) Bei der Prurigo Hebrae, die im Beobachtungsbereich des Verf. in den letzten Jahren auffallend seltener geworden ist, handelt es sich mit großer Wahrscheinlichkeit um eine erbliche Dermatose. Auftreten bei Geschwistern, insbesondere bei Zwillingen. Es sprechen eine Reihe von körperlichen und psychischen Momenten dafür, daß es sich um eine Erkrankung handelt, die auf einer bestimmten konstitutionellen Veränderung beruht. Und letztere scheint hinwiederum, wie die Beobachtungen lehren, ihren Grund in einer primären, endokrinen Störung zu haben. Dementsprechend hat dem Verf. auch keine Therapie die gleichen Dienste geleistet wie eine hormonale Behandlung. Im allgemeinen sind dabei weniger Schilddrüsenpräparate als vielmehr Keimdrüsen- und Hypophysenpräparate verabfolgt worden. Wenn man mit dieser auf lange Zeit intermittierend fortzusetzenden Behandlung auch keine Dauerresultate erzielen kann, so ist man doch imstande, weitgehende Besserungen zu erreichen.

E. Langer-Berlin.

Cure of Pruritus Senilis by the Use of a Flesh Brush (Heilung von Pruritus senilis durch den Gebrauch einer Hautbürste), von A. W. Williams-Brighton. (Brit. m. J., 1925, Nr. 3343, S. 158.) Verf. empfiehlt wärmstens diese, auch von anderer Seite gelegentlich empfohlene, aber viel zu wenig angewandte Methode zur erfolgreichen Behandlung einer oft unbeschreiblich quälenden Affektion. Nur selten habe er dieselbe unzureichend befunden. Man verschafft sich eine Bürste, etwa wie eine gewöhnliche Hutbürste mit weichen Borsten, die ein wenig härter als bei einer Babyhaarbürste sein dürfen. Im warmen Zimmer wird damit allabendlich und eventuell auch morgens die ganze Körperoberfläche gründlich abgebürtet, wobei meistens größere Mengen von epidermoidalen Schuppen entfernt werden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Thermische und traumatische Hautschädigungen.

Weitere experimentelle Forschungsergebnisse zur „Tintenstiftnekrose", von E. Glass und E. Krüger-Hamburg. (Zbl. f. Chir., 1925, Nr. 11, S. 571.) Charakteristisch für das Bild der Tintenstiftnekrose ist eine Nekrose der Haut und des Unterhautzellgewebes. Außer dem Tintenstift machen aber ähnliche Nekrosen die Farbstoffe der Triphenylmethanreihe und das Methylenblau. Alle diese Nekrosen sind bedingt durch chemische Reizung. F. Landauer-Berlin.

The Value of Debridement in the Treatment of Burns (Der Wert der Wunderweiterung (Ausschabung und Reinigung bei der Behandlung von Brandwunden), von A. Murat Willis-Richmond. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 9, S. 655.) Bei schwereren Brandverletzungen hatte W. überraschend gute Erfolge mit Entfernung oft vorhandener Gewebsfetzen, schlecht granulierender Hautteile und anderes mehr mittels Schere oder scharfen Löffels. Wie die angeführten (7), mit recht anschaulichen Abbildungen versehenen Fälle lehrten, wurde durch diese Wundreinigung die Bildung von Toxinen, die gerade bei Verbrennungen oft so gefährlich sind, hintangehalten, das Allgemeinbefinden gebessert und die Wundheilung — in zuweilen sehr ausgedehnten Hautflächen — beschleunigt. Die Tierexperimente bestätigten, daß bei diesem Vorgehen keine Strukturveränderungen in inneren Organen im Gegensatze zu den gewöhnlichen Folgen (bei ausgedehnten Verbrennungen) vorkommen. Im Zusammenhange mit den klinischen Erfolgen dürfte also die ausgedehntere chirurgische Behandlung mehr oder weniger umfangreicher Brandwunden völlig gerechtfertigt sein, zumal man es häufig hier erlebt, daß nach Wochen scheinbarer Besserung plötzlich der Tod durch Toxämie eintritt.

M. Stern-München.

Impetigo, Pyodermie, Diphtherie.

Über Sycosis coccogenes, von G. Stümpke, Derm. Stadtkrkh. Hannover. (Kl. W., 1925. Nr. 15, S. 704.) Zusammenfassendes Referat über die Klinik und Therapie der staphylogenen Hauterkrankungen, besonders des Gesichtes. E. Langer-Berlin.

Über eine zufällige experimentelle Diphtherieinfektion beim Menschen, von J. Hammerschmidt, Hyg. Inst. Univ. Graz. (M. m. W., 1924, Nr. 50, S. 1755.) Versehentliche Einimpfung von Diphtheriebazillen unter der Fingerhaut. In der Nacht darauf leichte Fieberbewegung und starke Schwellung des verwundeten Fingers. Drei Tage

Digitized by Google

später „Abszedierung". Inhalt: Klare Flüssigkeit, keine Diphtheriebazillen. Nie wesentliche Schmerzen. Nach der Abheilung Zurückbleiben örtlicher Nervenstörungen. Während der „antitoxische" Titer des Blutes unverändert blieb, stieg der Agglutinationstiter nicht unwesentlich an. A. v. Notthafft-München.

Über Wunddiphtherie, von B. Hortobágyi-Budapest. (Therapia, 1925, Nr. 2.) Die Wunden sind rot umsäumt, rund, unterminiert, speckig oder glasig belegt mit wenig dicker, brauner Sekretbildung. Heilen schlecht, haben eine Tendenz, sich zu verbreiten, und rufen nachträglich, wie die Halsdiphtherie, Lähmungen hervor. Enthalten zumeist nachweislich die Löfflerschen Diphtheriebazillen. Diese Bazillen sind aber auch in normalen Wunden zu finden (kulturell), die aber keine allgemeine Folgen haben. Diese Kranken können als Bazillenträger betrachtet werden. Die Diagnose der typischen Wunden ohne Bazillenbefund wird durch das Tierexperiment unterstützt.
M. Porosz-Budapest.

Ekzem, Rosacea.

Zur Klassifikation der Kinderekzeme, von P. Tachau-Braunschweig. (Mtsschr. f. Kinderheilkunde, 1925, Bd. 29, H. 4/5, S. 638.) In der Klassifikation der Kinderekzeme besteht eine Diskrepanz der Nomenklatur zwischen den Pädiatern und Dermatologen. Verf. empfiehlt vor allem, diejenigen Krankheitsbilder aus dem Ekzem herauszulösen, die sich im Laufe der Zeit mit genügender Sicherheit abgrenzen ließen. Von den banalen Ekzemen sind in der Kinderheilkunde in erster Linie die „Psoriasoide" (Unnas seborrhoisches Ekzem) und die Neurodermitiden zu unterscheiden. Bei Kindern sind nun diese beiden Gruppen leider häufig mit banalen Ekzemen kombiniert. Dazu kommt weiterhin die leichte Impetigination als Komplikationsmoment dazu. Mitunter jedoch geben typische Lokalisation oder vereinzelte, nicht ekzematisierte Primäreffloreszenzen wichtige Fingerzeige für die Diagnose. Die Schwierigkeiten werden weit größer, wenn sich ekzematisierte, nicht ekzematöse Dermatosen mit banalen Ekzemen an anderen Stellen kombinieren. (Beispiel: Milchschorf = banales Ekzem mit Gneis = Psoriasoid). Was bei diesen Differenzierungen als reine Ekzemfälle übrigbleibt, ist verhältnismäßig wenig. Eine möglichst korrekte Differenzierung ist nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch außerordentlich wichtig. Dafür spricht auch die Beobachtung des Verf., daß die Neigung zu Ekzematisation bei den Neurodermitiden der älteren Kinder sehr oft an das Vorhandensein schwerer exsudativer Manifestationen von seiten anderer Organsysteme gebunden ist. Ganz analog scheinen sich die Psoriasoide zu verhalten.
R. Ley-Kreuznach.

The Relationship of Excess of Uric Acid in the Blood to Eczema and Allied Dermatoses (Die Beziehungen von erhöhtem Harnsäuregehalt im Blute zum Ekzem und anderen Dermatosen), von J. F. Schamberg und H. Brown-Philadelphia. (Arch. of Internal Med., 1923, Bd. 32, S. 203.) Die Untersuchungen wurden an über 200 Pat. ausgeführt, die an irgendwelchen Hautkrankheiten litten. Es fanden sich dabei große Unterschiede im Harnsäuregehalt. Die Hälfte der untersuchten Pat. litt an Ekzem; in 50% dieser Fälle wurde ein höherer Harnsäuregehalt als der Maximalgehalt (3,5 mg) festgestellt. Bei einigen Fällen von allgemeinem oder lokalem Pruritus wurde ebenfalls eine Erhöung festgestellt. Bei den Ekzempatienten steigt die Harnsäurekurve vom 40. zum 70. Jahre an, was bei ekzemfreien nicht beobachtet wird. Bei Männern war der durchschnittliche Harnsäuregehalt 25% höher als bei Frauen. Das Blut von jugendlichen Ekzemkranken enthielt im allgemeinen keine großen Harnsäuremengen; es bestanden jedoch auch einige Ausnahmen. Die Ursache der erhöhten Harnsäuremenge wird in renaler Dysfunktion vermutet. Wichtig ist, daß bei entsprechenden diätetischen Maßnahmen die sonstige Therapie eine raschere Wirkung zeigte als beim Unterlassen dieser Maßnahmen. E. Rosenbaum-Berlin.

Studies of the Intravenous Injection of Uric Acid in Animals (Beobachtungen über die intravenöse Injektion von Harnsäure bei Tieren), von J. F. Schamberg und H. Brown-Philadelphia. (J. Am. m. Ass., 1923, Bd. 81, S. 1950.) Die Untersuchungen wurden in der Hauptsache an weißen Ratten angestellt. Der normale Harnsäuregehalt des Rattenblutes ist außerordentlich gering. Es wurden den Tieren sehr große Mengen injiziert, die diese nach Annahme der Verff. teils direkt durch die Nieren, teils durch den Abbau in der Leber in sehr kurzer Zeit ausschieden. Es wurden keine Hautveränderungen beobachtet. E. Rosenbaum-Berlin.

Digitized by Google

The Acidic Value of the Urine in Skin and other Manifestations. A Study of Abnormal Hydrogenion Concentration as an Indication of Disease (Der Säurewert des Urins bei Haut- und anderen Krankheiten. Abnorme Wasserstoffionenkonzentration als Krankheitszeichen), von F. C. Doble-London. (Lancet, 1925, Bd. 208, Nr. 5293, S. 272.) Erhöhte Säurewerte des Urins sind häufiger, als bisher bekannt. Sie sind bei scheinbar Gesunden oft Anzeichen latenter Krankheit. Die Erhöhung der p_H ist nicht zu verwechseln mit der echten Azidosis, z. B. bei Diabetes. Verf. fand die p_H bei Gesunden schwankend zwischen 6,4 und 6.8. Bei 500 Fällen von Seborrhoe, seborrhoischem Ekzem, Akne, Cheiropompholyx fand Verf. die p_H des Urins durchweg zwischen 4,8 und 5.8. Der Säurewert des Urins steigt bei Alkalizufuhr zur Norm unter gleichzeitigem Abklingen der Hauterscheinungen. Die Menge der zuzuführenden Alkaligaben ist individuell; zuviel Alkali bewirkt ein zu hohes Ansteigen der p_H und damit Wiederauftreten der Hauterscheinungen. Bei Kinderekzemen ist die p_H des Urins normal und Alkalitherapie daher nicht am Platze. Dagegen ist bei manchen anderen Krankheiten der Haut und auch z. B. bei manchen chronischen Dyspepsien eine Verschiebung der p_H des Urins zu beobachten und der Heilerfolg nach Alkalizufuhr angeblich verblüffend. Verf. gibt von einer Tinktur von Kardamom, der Natr. bicarb., Cal. bicarb. und Cal. citric. in etwa gleichen Mengen zugesetzt sind, zunächst dreimal täglich Dosen, die nach dem Steigen oder Fallen der p_H des Urins jedesmal auspropiert werden müssen. Tabellen über die Schwankungen der p_H bei den Hautkrankheiten und den Einfluß der Alkalitherapie auf die p_H und die klinischen Erscheinungen fehlen leider.

F. Jacobsohn-Berlin.

Neue Indikationen für eine chronische Suprareninbehandlung, von A. Holländer, Klinik Unna-Hamburg. (D. m. W., 1925, Nr. 11, S. 439.) Verf. empfiehlt bei hartnäckig rezidivierendem, nässendem Ekzem sowie bei allen Erythrodermien die innerliche Darreichung von Suprarenin. Der Heilplan lautet etwa folgendermaßen: Bei nässenden Ekzemen zu Beginn täglich eine subkutane Injektion von 1 ccm Sol. Suprarenin. hydrochlor. (1 : 1000), im ganzen 4—5 Injektionen; danach 6—8 Wochen lang alle zwei Stunden täglich einen Teelöffel des Unnaschen Suprareninsirups: Sol. Suprarenin. hydrochl. (1 : 1000) 10,0, Sirup. Aurant. Cort. ad 100,0. Außer der innerlichen Behandlung milde äußere Behandlung. Bei Erythrodermien täglich alle zwei Stunden einen Teelöffel Suprareninsirup und äußerlich Eucerin. anhydr., Vaselin. adust., Eumattan, Aq. Chamomill. Ung. Suprarenin āā. Mit dieser Behandlungsmethode wurden zwei Fälle von Pityriasis rubra Hebrae bedeutend gebessert. Ung. Suprarenin. besteht aus Sol. Suprarenin. hydrochlor. (1 : 1000) 5,0—15,0, Resorcin. alb. subt. pulv. 2,0, Eucerin. anhydr. ad 100,0.

F. Harry-Wiesbaden.

Psoriasis.

Heilung eines Falles von Psoriasis vulgaris durch Atochinol, von O. Schirmer-Basel. (Schweiz. m. W., 1925, Nr. 12, S. 258.) Nachdem bei dem Pat. eine deutliche Urikämie festgestellt worden war, erhielt er täglich 3—4 Tabletten Atochinol (atophanähnliches, den Magen nicht reizendes Präparat, das daher längere Zeit gegeben werden kann), daneben Atochinolsalbe. Nach sechs Wochen war die Eruption entgegen den Erfahrungen bei früherer anderweitiger Behandlung in voller Abheilung; die Blutharnsäure war von 940 mg auf 44 mg pro Liter Serum herabgegangen. Derartige Erfolge sind bei den in einzelnen Fällen sicher vorliegenden endogenen Ursachen einer Psoriasis (speziell erhöhte Blutharnsäure) zu erwarten.

E. Levin-Berlin.

Psoriasis Diffusa with Extensive Arthritis (Diffuse Psoriasis mit ausgedehnter Arthritis), von A. A. Radcliffe-Waukegan, Ill. (Med. J. and Record, 1925, Bd. 121, Nr. 5, S. 297—298.) Mehrfache, seit 11 Jahren in zunehmender Stärke aufgetretene, mit Gelenkerscheinungen verbundene Psoriasiseruptionen. Schnelle günstige Beeinflussung durch Behandlung mit Kalziumhydroxyd in Verbindung mit Parathyreoideaextrakt.

E. Levin-Berlin.

Treatment of Psoriasis by Parathyroid Extract (Die Behandlung von Psoriasis mit Parathyreoidextrakt), von A. S. Hendrie-Kolt. (Brit. m. J., 1925, Nr. 3340, S. 18.) H. hat die von C. Wilson (Brit. m. J., 26. IV. 1924, S. 772) gerühmte Behandlung der Psoriasis mit Extrakt der Nebenschilddrüse bei einem 40jähr. Pat. (32 Jahre schon an Psoriasis leidend) vier Monate lang bei täglicher Verabreichung von 0.006 g Extrakt mit negativem Erfolg angewandt.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Ein Beitrag zur Behandlung der Psoriasis vulgaris und anderer Dermatosen nach Brock, von Rosenzweig. (Wratschebnaja Gaseta, 1925. Bd. 29, Nr. 5.) Die Brocksche Methode der Thymusbestrahlung erwies sich bei Psoriasis vulgaris zwar nicht als unbedingt erfolgreich, aber doch in einem Teil der Fälle als gut wirksam. Diese Behandlungsart gab auch in einigen Fällen von chronischem Ekzem gute Resultate.

A. Jordan-Moskau.

Erythrodermien, Dermatitis exfoliativa, Pityriasis rubra usw.

Acrodynia (Akrodynie), von J. B. Bilderback-Portland. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 7, S. 495.) Eine zusammenfassende Darstellung dieser neuen Krankheitsbilder, dessen ersten Fall Verf. im Jahre 1914 als eigene Krankheit erfaßte, eine Beobachtung, die er in den nächstfolgenden Jahren durch mehrere gleichartige Fälle bestätigt fand. Auch von anderer Seite, in Amerika wie in Australien, werden gleiche Beobachtungen beschrieben. Der Name „Acrodynia", den Verf. selbst nicht für den besten hält, läßt an die unter demselben Worte zu Beginn des 19. Jahrhunderts in Frankreich an Erwachsenen beschriebene Ernährungsstörung durch schlechtes Getreide denken, ist aber, da im Anfang verwendet, beibehalten worden, obwohl die nun beschriebene Akrodynie eine gewisse Ähnlichkeit der Symptome mit der französischen Affektion gemeinsam hat, sonst sich aber streng von ihr trennen läßt, vor allem ätiologisch nicht als Ernährungsstörung aufzufassen ist. Befallen ist das Kleinkindesalter ($^1/_2$—2 Jahre), und die wichtigsten Symptome sind kurz folgende. Die Kinder bieten ein Bild schwerster Depression und tiefer Niedergeschlagenheit, weinen andauernd und sind durch nichts zu beruhigen. Dazu kommt in den meisten Fällen eine große Lichtscheu, die die kleinen Pat. den Kopf gesenkt halten läßt, während die Augen selbst trüb und lustlos „an ein verwundetes Tier" erinnern. Dazwischen können in den späteren Stadien maniakalische Perioden auftreten. Eine medikamentös nicht zu beeinflussende Schlaflosigkeit ist ein konstantes Merkmal. In schweren Fällen werden die Zähne locker und fallen sämtlich aus. Die wichtigsten Vorgänge aber spielen sich an Händen und Füßen ab. Parästhesien und von Zeit zu Zeit Schmerzen treten hier auf und werden von den Kindern als Brennen wie Feuer beschrieben, weshalb sie auch Eisbeutel verlangen. Unaufhörlich reiben sie Hände und Füße mit krankhaftem Ausdruck gegeneinander. Die sehr charakteristischen Hauterscheinungen drücken sich in einer rötlichen oder rosafarbenen Verfärbung von Händen und Füßen aus, wobei das Erythem distal gewinnt und an Unterarmen und Unterschenkeln allmählich ohne scharfe Grenze in die normale Haut übergeht. Die Fußrücken sind von der typischen, symmetrischen Rötung am wenigsten befallen. In dem beschriebenen Erythem sitzen tiefrote, kleinste Knötchen, besonders an den Palmae und Plantae. Hier kommt es denn auch im Verlaufe der Krankheit zu Desquamation mit nachfolgender Pigmentierung, während Finger und Zehen gewöhnlich nur teilweise von den hier beschriebenen Vorgängen getroffen werden. Weiter sind Hände und Füße kalt und fühlen sich an, wie wenn sie lange im Wasser gewesen wären. Es tritt meist eine Rötung der Lippen, Wangen und Nasenspitze auf. Endlich seien noch die ganz enormen und immer vorhandenen Schweißausbrüche erwähnt, die die in Schüben auftretenden Hauterscheinungen natürlich wesentlich beeinflussen. Vermehrte Salivation, Anorexie, sehr selten Verdauungsstörungen, keine oder nur minimale Temperaturerhöhung. Bezüglich der Ätiologie konnte Verf. keine festen Anhaltspunkte finden. Die Möglichkeit einer Ernährungsstörung lehnt er entschieden ab, da alle Kinder mit Akrodynie gut ernährt waren; hingegen hält er eine infektiöse Ätiologie für möglich. Die Therapie war symptomatisch. Beobachtet wurden von Bilderback bisher 20 Fälle. Drei Abb.

F. M. Peter-Hamburg.

Keratosen.

Ichthyose oder verruköser Nävus des Brustwarzenhofes? von E. Urbach-Wien. (W. kl. W., 1925, Nr. 7, S. 199.) Bei einer 30jähr. jüdischen Pat. bestehen seit frühester Jugend hyperkeratotische, rissige, dunkle Warzenhöfe. Mamille platt. Daneben seit einigen Jahren Ichthyosis vulgaris corporis mittleren Grades. Bei dem ein Jahr später erfolgten Tod an Mycosis fungoides wurde histologische Untersuchung vorgenommen; kein Aufschluß, ob Nävus oder Ichthyosis congenita circumscripta.

E. Schäfer-Göttingen.

Digitized by Google

Bullöse Dermatosen.

Epidermolysis bullosa, von V. Janovsky-Prag. (W. m. W., 1925, Nr. 6. S. 350.) Verf. teilt einen atypisch verlaufenden Fall von Epidermolysis bullosa bei einem 10jähr. Kinde mit, der dadurch bemerkenswert ist, daß nach einem Fall oder Kneifen als Primäreffloreszenz Blasen mit hämorrhagischem Inhalte entstanden. Es ist diese Erkrankungsform zu den dystrophischen Formen der Epidermolysis zu rechnen. Heredität kommt hierbei nicht in Frage. Das Blutbild, dessen Analyse genau angegeben ist, entspricht nicht dem Alter des Kindes, sondern dem eines 4—5Jährigen. Es erweckt in seiner Zusammensetzung den Eindruck einer konstitutionell hormonalen Veränderung. Histologisch handelt es sich um eine echte Epidermolyse, da die Blutungen stets zwischen Epidermis und Kutis gelegen sind. Während die Blasen stets durch Fall oder sonstige mechanisch-traumatische Insulte hervorgerufen wurden, gelang dieses niemals durch chemische oder Lichtreize. E. Langer-Berlin.

Follikulitis, Furunkel, Akne.

Insulintherapie bei Furunkulose, von A. Störmer-Saarbrücken. (Kl. W., 1925. Nr. 10, S. 477.) Verf. hat versucht, das Insulin bei allen möglichen Staphylomykosen therapeutisch zu verwenden, und zwar bei Pyodermien, Furunkulose, Karbunkel, Pyämie mit Muskelabszessen und Lungeninfiltrationen. Er verabfolgte intramuskulär täglich 20—80 Einheiten. Die Kohlehydrate wurden in keinem Falle außer der Pyämie eingeschränkt. Jede andere Therapie wurde unterlassen. Auf diese Weise hat Verf. in seinen Fällen recht günstige Resultate beobachten können, die ihn sogar veranlaßten, das Insulin auch bei anderen Dermatosen, so bei einzelnen Ekzemformen, zu versuchen. Es zeigte sich auch in diesen Fällen eine günstige Beeinflussung der Heilungstendenz. E. Langer-Berlin.

Über die Furunkulose, von D. Kenedy-Budapest. (Therapia, 1925, Nr. 2.) Für den Dermatolgen nichts Neues. M. Porosz-Budapest.

Über Eigenblutunterspritzungen, von Norbert Ebers-Bad Homburg. (M. m. W., 1925, Nr. 14, S. 565.) Keine Umwallung nach Läwen, sondern lediglich die Darunterspritzung eines Polsters, so daß das Blut an den Krankheitsherd hinreicht. Die Schmerzen waren fast in allen Fällen „erträglich". Menge 6—60 ccm. Die Wirkung auf Furunkel und Bartholinitis war sehr zufriedenstellend. Die Blutunterspritzungen wirken nur örtlich. Bei Furunkulose werden entfernt gelegene Furunkel nicht beeinflußt. A. v. Notthafft-München.

Die Behandlung des Furunkels bzw. des kleinen Karbunkels, von H. Hans-Barmen. (M. m. W., 1924, Nr. 48, S. 1686.) Der Artikel wendet sich gegen den Vorschlag Kuhns, die Furunkel zu „malträtieren". Verf. betupft 1—2mal täglich mit Acid. carbol. liquef. in stecknadelkopfgroßer Ausdehnung die Kuppe des Furunkels, in höchstens kreuzergroßer diejenige eines kleinen Karbunkels. Jodierung der Umgebung. Salbenverschluß mittels Traumaplasts. Darüber heiße Kataplasmen. Nach dem Aufbrechen des Furunkels Ersatz der Salbe durch Glyzerin. Alkoholumschläge. A. v. Notthafft-München.

Die Kupierung des Furunkels, von A. Schüle-Freiburg i. Br. (M. m. W., 1924. Nr. 50, S. 1756.) Alle erst 48 Std. alten Furunkel werden tief mit einem dünnen Glühstift unter Lokalanästhesie (Novokain) bis ins Unterhautzellgewebe kauterisiert. Abheilung unter eingeführtem jodgesättigten Wattepfropf und den üblichen Verbänden. A. v. Notthafft-München.

Folliculitis Capitis Fulminans (Folliculitis capitis fulminans), von S. W. Smith-Bournemouth. (Brit. m. J., 1925, Nr. 3347, S. 355.) Bericht über einen Fall, der in mancher Hinsicht mit der von Kaposi beschriebenen Dermatitis papillaris capillitii übereinstimmt, aber durch einen besonders rapiden, bösartigen Verlauf und das fast völlige Fehlen von entzündlicher Verhärtung des anschließenden Gewebes sich wiederum davon unterschied. Der 70jähr. Pat. bot 3 Tage nach einem am Nacken erlittenen Insektenstich ein etwa zweimarkstückgroßes Gebiet mit Papeln und Haare tragenden Pusteln dar. Trotz Betupfens mit reiner Karbolsäure und Packungen mit warmem Borwasser u. a. dehnte sich die Affektion im Laufe von 3 Wochen über die ganze behaarte Kopfhaut aus. In Narkose gründliche Entleerung der in der Tiefe konfluierten Pusteln, Ausstopfen mit Tampons mit Trypaflavin (1‰ in Normalkochsalzlösung). Heilung war 6 Wochen p. o. vollständig, aber mit Verlust von Haaren an mehreren Stellen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Zur Behandlung des Karbunkels und des Anthrax vom Gesichtspunkte eines Praktikers, von Th. Hryntschak. (W. kl. W., 1925. Nr. 9, S. 255.) Auf Grund seiner mehr als 30jährigen Erfahrungen rät Verf., jeden größeren Karbunkel oder Anthrax in Lokalanästhesie zu exzidieren. Dadurch würde die rascheste und sicherste Heilung erzielt. A. Holländer-Hamburg.

Ein Fall von Pseudomilzbrand beim Menschen, von E. Seifert, Chir. Univ.-Kl. Würzburg. (M. m. W., 1925, Nr. 6, S. 225.) Ein paar bluthaltige, scheinbar spontan entstandene Bläschen am Vorderarm eines Straßenwärters, ausgedehntes Ödem dieses Armes ohne eitrige Einschmelzung, Schmerzen, 39° Fieber. In der Ödemflüssigkeit, im Blute und in der Kultur „Milzbrandbazillen", die sich jedoch durch Eigenbewegung vom echten Milzbrand unterschieden. Heilung. A. v. Notthafft-München.

Vergleichende Untersuchungen über die Bedeutung des Infektionsmodus bei der experimentellen Milzbrandinfektion, von G. Sobernheim und H. Murata-Bern. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1924, Bd. 103, H. 4, S. 691.) Tierversuche. Meerschweinchen wurden mit genau dosierten Bakterienmengen (Ausgangsmaterial frische Agarkulturen eines virulenten Milzbrandstammes) intrakutan, subkutan, intramuskulär, intraperitoneal und intravenös infiziert. Durch jede Infiltrationsart konnte tödlicher Milzbrand herbeigeführt werden. Tod der Tiere nach 2—3 Tagen. Typischer Sektionsbefund. Die Haut ist also nicht allein das für Milzbrand empfängliche Gewebe, sondern ebenso empfänglich sind auch andere Gewebe. Allerdings sind je nach der Applikationsart verschiedene Virusmengen zur Herbeiführung der tödlichen Infektion erforderlich. Bei intramuskulärer Injektion wurde die geringste Bakteriendosis benötigt. Versuche an Mäusen fielen in gleichem Sinne aus. Auch hier wirken von der Blutbahn aus erst größere Virusmengen als vom Unterhautzellgewebe. Aus diesen Versuchen ergibt sich, daß zur Erzeugung von Milzbrand eine primäre Infektion der Haut nicht erforderlich ist. Daß zum Haften einer intraperitonealen oder intravenösen Injektion größere Virusmengen nötig sind, wird damit erklärt, daß hier die Bakterien sofort der vollen Einwirkung der Abwehrkräfte des Körpers begegnen, und daß die Phagozytenwirkung zur ganzen Kraftentfaltung kommt. Bei der Haut vollziehen sich diese Vorgänge langsamer und unvollkommener. Erklärung dieser Annahme durch Versuche; Herbeiführung einer lokalen Resistenzsteigerung der Haut durch vorherige Injektion von Aleuronataufschwemmung in Bouillon und nachfolgende Milzbrandinfektion. Die Tiere widerstanden dann der Infektion. A. Holländer-Hamburg.

Über Milzbrandimmunität und Milzbrandschutzimpfung, von E. Strösznер-Budapest. (Seuchenbekämpfung, 1925, H. 1/2, S. 79.) Es ist nicht möglich, die aktive und passive Immunität bei Milzbrand einheitlich zu klären. Als Klärungsversuche werden die Kapseltheorie von Preisz, die Aggressivtheorie Bails und die Depressionsimmunität Morgenroths angeführt. Sodann bespricht Verf. ausführlich die Praxis der Impfstoffgewinnung und die Vor- und Nachteile aktiver und passiver Immunisierung bei Pferden, Rindern und Schafen. Eingehende Berücksichtigung des Sobernheimschen, heute viel benutzten Verfahrens der simultanen aktiven (Vakzine) und passiven (Serum) Immunisierung. Näheres interessiert nur Fachbakteriologen und Veterinäre.

F. Jacobsohn-Berlin.

Ein seltener Weg der Milzbrandinfektion, von Bundt und Barth, Hyg. Inst. Halle a. d. S. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1924, Bd. 103, H. 2, S. 253.) 51jähr. Arbeiter erkrankte plötzlich an schwerer Magen-Darmerkrankung. Klinisch: Starke Bauchdeckenspannung, besonders in der Oberbauchgegend. Klinische Diagnose: Durchgebrochenes Magengeschwür. Der Kranke kam bald ad exitum. Bei der Sektion fanden sich in den oberen Teilen des Jejunums in einer Ausdehnung von etwa 80 cm ungefähr 40 Milzbrandkarbunkel. Kulturen und Tierversuche mit Gewebsstückeu aus den Milzbrandkarbunkeln, den stark geschwollenen Gekrösedrüsen und der Milz fielen für Milzbrand positiv aus. — Der Verstorbene hatte in einer Drogenfirma Datura-Stramonium-Blätter zu schneiden. In den ganzen und geschnittenen Stechapfelblättern wurden ebenfalls Milzbrandbazillen nachgewiesen. Der Sitz der Erkrankung im Digestionstraktus macht wahrscheinlich, daß durch ungereinigte Hände beim Essen die Infektion erfolgt ist.

A. Holländer-Hamburg.

A Study of Eighty Cases of Acne Treated with X Rays (Beobachtungen an 80 mit Röntgenstrahlen behandelten Akne-Fällen), von Lawrence K. McCafferty und C. Lee McCarthy-New York. (Med J. and Record, 1925, Bd. 121, Nr. 5, S. 286—289.) Bei der Behandlung der Akne ist es erforderlich, auf eventuelle Infektionsherde an Zähnen, Tonsillen, Gastro-Intestinaltraktus zu achten. Die Röntgenbehandlung ist die

Digitized by Google

wirksamste; sie ist mit örtlicher Behandlung zu kombinieren. Vakzinebehandlung ist überflüssig. Zur Anwendung kamen durchschnittlich 16 Bestrahlungen in wöchentlichen Pausen, $^1/_4$ Dosis auf jede Wange, $^1/_8$ auf die Stirn. Rückfälle bei 10%.

E. Levin-Berlin.

Erysipel, Phlegmone.

Über Rivanolbehandlung bei fortschreitenden phlegmonösen Entzündungen, von H. Alexander, Chir. Abt. Krkhs. jüd. Gem. Berlin. (D. Zschr. f. Chir., 1925, Bd. 190. H. 1/2, S. 78—87.) Der Wert des Rivanols liegt darin, daß es lediglich desinfiziert, ohne das Gewebe dauernd zu schädigen; geringe Gewebsnekrosen haben keine Bedeutung. Bei fortschreitenden Phlegmonen war die Rivanolbehandlung von manchen Seiten abgelehnt, ja sogar als kontraindiziert bezeichnet worden. Das Irrige dieser Anschauung wird an der Hand von zehn Fällen gezeigt, in denen vorzügliche Resultate erzielt wurden. Von Wichtigkeit ist dabei geeignete Konzentration, gewöhnlich 1:500, wobei eine Spannung des Gewebes vermieden werden muß. Abschwächung bis zu 1:2000, wenn prophylaktische Wirkung erzielt werden soll. Nach der ersten Injektion nehmen die Entzündungserscheinungen zunächst zu. Die Anwendung erfolgt bei der ausgiebigen Durchspülung der Sehnenscheidenphlegmonen einmal, selten zweimal, in den anderen Fällen, in denen nur geringe Mengen injiziert werden, 2—3 mal in 2—4tägigen Intervallen.

E. Levin-Berlin.

Behandlung des Erysipels mit Vereisung, von F. v. d. Hütten, Chir. Univ.-Kl. Gießen. (Bruns Beiträge, 1925, Bd. 133, H. 2, S. 252.) Die Versuche des Verf., etwa 2 cm unter der Grenze des Erysipels mit Chloräthyl zu vereisen, haben ergeben, daß das Erysipel nicht weiter fortschreitet und die Temperatur sofort heruntergeht.

W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Über das Erysipeloid und seine Behandlung, von Sonntag-Leipzig. (Fortschr. d. Ther., 1925, Jahrg. 1, H. 3, S. 70.) Übersichtsreferat.

F. M. Peter-Hamburg.

La vaccination intra-cutanée et les rechutes, dans l'érysipèle (Die intrakutane Vakzinebehandlung des Erysipels und die Rezidive), von T. Mironesco. (Cpts. rend. de Soc. de Biol, 1925, Bd. 92, Nr. 4, S. 293.) Intrakutan gegebene Vakzine, hergestellt aus Antistreptokokkenserum, ergab günstige Ergebnisse im Hinblick auf den schnellen Ablauf des Erysipels. Meist waren zwei im Intervall von zwei Tagen gegebene Injektionen von 300000 und 600000 Keimen ausreichend, um wirksam die Ausbreitung zu bekämpfen und ein rasches Abklingen zu bewirken. Überraschend schlecht aber war der Erfolg bezüglich der häufigen, am zweiten, fünften, ja fünfzehnten Tag nach scheinbarer Heilung auftretenden Rückfälle. H. Lippert-Köln.

Le traitement spécifique de l'érysipèle (Die spezifische Behandlung des Erysipels), von C. Goresco und C. Popesco. (Cpts. rend. de Soc. de Biol., 1925, Bd. 92, Nr. 4, S. 291.) Bei allen 80 Fällen führte das polyvalente Antistreptokokkenserum aus dem Bukarester Seruminstitut zu schnellster Heilung. Vereinzelt kamen Rezidive vor. Tägliche Injektionen von 1 ccm bis zu sechs Tagen hintereinander. Anwendung eignet sich für jedes Alter. Begleitende Albuminurie ist keine Kontraindikation. Die gewöhnliche Proteinkörpertherapie erwies sich Verf. als gänzlich unwirksam.

H. Lippert-Köln.

Zur Behandlung des Rosenbachschen Erysipeloids bzw. des Schweinerotlaufes beim Menschen, von K. Nowakowski-Posen. (D. m. W., 1925, Nr. 8, S. 317.) Verf. behandelt das Erysipeloid mit Skarifikationen und hat in neun Fällen mit dieser Methode gute Erfolge erzielt. Die Skarifikationen müssen einen leichten roten Blutstrich oder kleine Blutstropfen hinterlassen und über die ganze Ausdehnung des Herdes ausgeführt werden. In 3—5 Tagen waren sämtliche Fälle geheilt. Nur in wenigen Fällen war eine zweite oder dritte Skarifikation erforderlich. Die Wirkung dieser Behandlungsart führt Verf. darauf zurück, daß den Bakterien, die die Kapillaren des Stratum reticulare des Koriums thrombotisch ausfüllen, und dem Entzündungsprozeß infolge der Durchscheidung der Epidermis freier Abfluß verschafft wird. F. Harry-Wiesbaden.

Generalisierter Schweinerotlauf beim Menschen, von H. Sieben-Bürstadt (Hessen). (M. Kl., 1925, Nr. 4, S. 129—130.) Erysipeloid und Schweinerotlauf sind identisch. Daß es gewöhnlich beim Menschen bei dem örtlichen Erysipeloid bleibt und nicht zur Allgemeinerkrankung kommt, liegt daran, daß die durch Vermehrung der Keime in der Wunde einsetzende Aktivierung von Immunkörpern der Allgemeininfektion einen

Digitized by Google

Schutzwall entgegengesetzt. Bei ihrem Versagen kann es auch beim Menschen zu einer schweren Allgemeinerkrankung kommen, wie in dem beschriebenen Falle. Während von drei Personen, die sich an demselben Tiere infiziert hatten, bei zweien ein Erysipeloid auftrat, kam es bei der dritten zu schweren septischen Allgemeinerscheinungen; dazu rote, sich schnell vergrößernde Effloreszenzen, von denen zwei an der Stirn dicht mit kleinen Bläschen besetzt waren. Sie sind mit dem bei Tieren beschriebenen Bläschenausschlag identisch. Schweinerotlaufserum wird bei Tieren nur prophylaktisch, nicht zur Behandlung angewendet; jedoch könnte man in derartigen schweren Fällen beim Menschen auch die therapeutische Anwendung in Erwägung ziehen.

E. Levin-Berlin.

Gasbrand nach subkutaner Injektion von Medikamenten, von H. Heuss-II. Chir. Abt. Rudolf-Virchow-Krkh. Berlin. (M. Kl., 1925, Nr. 13, S. 470.) Infektion eines Pat. durch infizierte Lösungen von Koffein und Digitoxin, die bei anderen Pat. keine Erscheinungen hervorriefen. Zum Ausbruch eines Gasbrandes nach subkutanen Injektionen muß eine besondere Disposition vorliegen. E. Levin-Berlin.

Tropische Krankheiten.

Un cas de Sodoku par morsure du pavillon de l'oreille chez un jeune enfant (Ein Fall von Sodoku durch Biß an der Ohrmuschel bei einem kleinen Kinde), von R. Gaillard. (Lyon méd., 1925, Bd. 135, Nr. 14, S. 421—431.) Der Name der Erkrankung ist zusammengesetzt aus so = Ratte und doku = Gift. Vorkommen besonders in Japan, seit dem Kriege in Frankreich häufiger; verursacht durch spezifischen Keim: Spirochaeta morsus = Sp. japonica = Spironema sodoku, deren Länge zwischen der der Sp. pallida und der Spirochäte des Rekurrensfiebers liegt. Der Nachweis im Blute ist schwer; sie ist hier nur während der Fieberanfälle vorhanden. Man kann versuchen, sie durch Überimpfung auf dafür empfängliche Tiere nachzuweisen (Affen, Meerschweinchen, besonders Ratten, weiße Mäuse); doch gelingt der Nachweis auch hier nicht immer im Blute, besser angeblich in einem von der Stelle der Überimpfung entnommenen Stück oder im Safte nahegelegener Drüsen. WR und Hecht sind gewöhnlich positiv. Das 26 Monate alte Kind erkrankte drei Wochen nach dem Biß. Dann Fieber, Schwellung des Ohres und der benachbarten Drüsen; die Erscheinungen gingen zurück, um sich nach einer Pause mehrfach zu wiederholen, gleichzeitig einzelne makulo-papulöse Effloreszenzen, Gelenkschwellungen. Behandlung mit Azetylarsan (drei Einspritzungen mit Pausen von acht Tagen), Heilung. Die bei der Erkrankung wirksame Salvarsanbehandlung muß stets in mehrfachen Einspritzungen bestehen, da sich auch bei infizierten Tieren herausstellte, daß sie nach anscheinender Heilung durch Salvarsan nach einiger Zeit wieder Spirochäten zeigten. E. Levin-Berlin.

A propos de la réaction de Bordet-Wassermann dans le Sodoku (Zur Bordet-Wassermannschen Reaktion beim Sodoku), von P. Blum und R. Clément. (Progr. méd., 1925, Nr. 11, S. 390—395.) Es ist schon mehrfach positive WR bei Sodoku beobachtet worden, wenn auch nicht in demselben Prozentsatze (etwa 50%) wie bei Syphilis. Ein näher beschriebener Fall ist besonders lehrreich, weil vor der Erkrankung negative WR festgestellt worden war, nach der Entwicklung der im Anschluß an einen Rattenbiß aufgetretenen Sodokuerkrankung sich eine stark positive WR fand. Syphilis war also hier sicher auszuschließen. Der Erreger des Sodoku = Spironema sodoku steht der Spirochaeta pallida nahe. E. Levin-Berlin.

Meine Erfahrungen über 1137 Salvarsaninjektionen bei Framboesie in Samoa, von O. Thieme-Apia. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1925, Bd. 29, H. 4, S. 162.) Die in Samoa weitverbreitete Framboesie wurde vor Einführung des Salvarsans rein antiluetisch behandelt; die Erfolge waren nicht zufriedenstellend. Nach den Erfahrungen des Verf. ist Salvarsan das ideale Heilmittel gegen Framboesie, das wir zur Zeit in den Tropen besitzen. Die vereinzelten Nebenerscheinungen, Mißerfolge und Rückfälle stehen in keinem Verhältnis zu der wunderbaren Heilwirkung des Salvarsans.

Fendt-Wiesbaden.

Über einen neuen endemischen Leishmaniaherd in Palästina, von A. Dostrowsky-Jerusalem. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1925, Bd. 29, Nr. 3, S. 101.) Der neue Herd ist das jüdische Dorf Artuf, das, von Jericho durch das Judäagebirge getrennt, auch eine ganz andere Flora und Fauna aufweist wie dieser mit dem Begriff der Leishmaniosis so eng verknüpfte Ort (Jerichobeule!). Es handelt sich sichtlich um einen autochthonen Leishmaniaherd, da eine Übertragung von auswärts ausgeschlossen werden

Digitized by Google

kann. Interessant ist, daß das erste Auftreten der Krankheit zeitlich mit der Ansied von Phlebotomen zusammenfällt, welche Insekten früher nie in Artuf vorgekon sind. Diese Tatsache legt die allerdings noch unbewiesene Vermutung nahe, daß w stens in diesem Falle Phlebotomen die Überträger der Krankheit waren. Zehn H teils in Abbildungen wiedergegeben, zeigten neben mikroskopisch Leishmania-posit Präparaten klinisch den Symptomenkomplex, der als typisch für die Orientbeule. Jericho-, Bagdad- und Aleppobeule beschrieben ist. Verf. ist denn auch der Ans daß es sich bei den verschiedenen Beulen um die gleiche Krankheit handelt, und kleine Verschiedenheiten durch die Virulenz des Erregers wie durch die Terrainv schiedenheiten, auf die dieser trifft, bedingt sind. Die Frage, warum die einzel Beulen nicht alle zu gleicher Zeit, sondern oft in recht beträchtlichen Zwischenräum entstehen, wird ebenfalls beleuchtet. Daß sich bei genauer Beobachtung auch noch a dere endemische Leishmaniaherde finden lassen werden, ist zu vermuten.

F. M. Peter-Hamburg.

Hauterscheinungen bei Erkrankungen innerer Organe und endokrine Störungen.

Über Myeloblastenleukämie mit geschwulstartigen Wucherungen besonder in der Haut, von G. Herxheimer, Path. Inst. Städt. Krkh. Wiesbaden. (Virch. Arch. 1925, Bd. 254, H. 3, S. 613.) Bei einem 64jähr. Manne besteht im Nacken eine faus große, derbe, höckerige Geschwulst, außerdem am Körper, mit Ausnahme von Gesicht Händen und Füßen, zahlreiche geschwulstartige Knoten von Stecknadel- bis Pfennig stückgröße. Zahlreiche Hautblutungen. Lebervergrößerung und Milzschwellung. Blut untersuchung: 13400 Leukozyten. Acht Tage vor dem Tode im Ausstrich 48% Leuk zyten, 41% Myeloblasten. Histologische Untersuchung eines Hautknotens ergab zahl reiche Myeloblasten ohne zahlreiche Oxydasereaktion. Klinische Diagnose wurde auf myeloische, besonders Myeloblastenleukämie gestellt. Nach 14tägigem Krankenhaus aufenthalte Exitus. Bei der Autopsie zeigte sich eine diffus geschwulstartige Verände rung von Herzbeutel, Schilddrüse und Dura. In diesen geschwulstartigen Bildungen histologisch ebenfalls Myeloblasten. In den Hautpräparaten fand sich unmittelbar um die Gefäße eine schmale, etwa einzellige Schicht adventitieller Zellen und dann erst Myeloblasten, was nach H. für ein Hervorgehen der Myeloblasten aus adventitiellen Zellen spricht. Bei den Myeloblasten der geschwulstartigen Wucherungen in Epikard, Dura, Schilddrüse und Haut fehlte die Oxydasereaktion. Bei den Myeloblasten in Blut, Knochenmark und Milz typische Oxydasereaktion. Die fehlende Oxydasereaktion wird damit erklärt, daß diese Myeloblasten fermentativ nicht ausgereift sind. Die Myeloblastenwucherungen werden für örtlich entstanden angesprochen, ebenso wird gegenseitige Unabhängigkeit der Neubildungen angenommen. Herxheimers Fall kann auch — im Sinne Sternbergs — als Myelosarkomatose aufgefaßt werden.

A. Holländer-Hamburg.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Gestorben: Annie Blumenfeld, Mitarbeiterin A. Blaschkos, bekannt durch ihre Arbeiten über Prostitution und Pflegeamtsbewegung.

Druckfehlerberichtigung. Zum Artikel: Über den Einfluß der kongestiven Hyperämie und der Stauung auf die Quaddelbildung von L. Töröz und E. Rajka in Nr. 28:

S. 1036. 3. Zeile von unten statt erwähnte lies: erwärmte.

S. 1039. 10. Zeile von oben statt die im Abklingen befindliche Permeabilitätssteigerung lies: das Abklingen der abnehmenden Permeabilitätssteigerung.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

r. 32 (Bd. 81) 8. August 1925

Dermatitis papillaris capillitii Kaposi oder Narbenbildung nach chronischer Eiterung.

Von

Prof. Dr. E. Freund, Universitätsdozent in Triest.

Mit 4 Abbildungen im Text.

In Nr. 5, 1925, der „Dermatologischen Wochenschrift" teilt Dr. Georg Dietrich Koehler einen „der Acne cheloidea ähnlichen Fall von Narbenbildung am behaarten Kopfe nach chronischer Eiterung" mit, ohne imstande zu sein, denselben in irgend einer bisher bekannten Krankheitsgruppe unterzubringen.

Die Beschreibung seines Falles und die der Arbeit beigegebene Abbildung stimmt mit einer von mir im Jahre 1921 gemachten und in der 18. Riunione della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia mitgeteilten Beobachtung derart überein, daß ich es für angezeigt halte, auf diese heute aus folgenden Gründen zurückzukommen: 1. Aus äußeren Gründen hatte ich es damals unterlassen müssen, meiner kurzen Publikation das Bild des betreffenden Patienten beizugeben, was die Beurteilung des Falles in hohem Maße beeinträchtigt hat. 2. Weil durch die Veröffentlichung des Koehlerschen Falles und durch die an diese geknüpften Betrachtungen des Verfassers, welcher überdies auch äußerst wichtige Bemerkungen Rieckes über den Fall bringt, mein eigener, mit dem Koehlerschen fast identischer Fall ein erhöhtes Interesse gewinnt.

Es sei mir denn auch gestattet, jene die Bemerkungen Rieckes über den Fall betreffende Stelle der Koehlerschen Arbeit hier wörtlich wiederzugeben: „Prof. Dr. Riecke, dem ich diesen Fall vorlegen durfte, und der sich in liebenswürdiger Weise dafür interessierte, glaubt vielmehr, daß es sich um ein noch nicht ganz klargestelltes seltenes Krankheitsbild handle, das er eigentlich erst in zwei einigermaßen sicheren Fällen beobachtet habe und das in keines der bekannten Krankheitsbilder sich einreihen lasse. Es handle sich um ein sehr seltenes und kompliziertes Krankheitsbild, welches jedenfalls nicht als Dermatitis papillaris angesprochen werden dürfe. Vielleicht bestünden Beziehungen zur ‚Folliculitis decalvans'."

Beschreibung meines Falles (vgl. Abb. 1).

42jähr. Arbeiter, bisher nie krank, nie venerisch infiziert gewesen. In seiner Familie sind Hautkrankheiten nie vorgekommen. Die gegenwärtige Affektion datiert seit 4 Jahren, begann auf dem Scheitel in der Gegend des Haarwirbels in Form von kleinen Knötchen, welche dem Kranken keine besonderen Beschwerden verursachten und ihm erst, nachdem sie eitrig geworden waren, durch heftiges Jucken lästig fielen.

Digitized by Google

Status praesens: Somatischer Befund: Nichts von Belang. Innere Organe gesund. Im Urin keine pathol. Bestandteile. WR negativ.

Beschreibung der Dermatose: Im Bereiche eines Gebietes, das nach unten von der hinteren Kopfhaargrenze, nach oben von der Haarwirbelgegend und rechts und links von den Ohrmuscheln begrenzt ist, sieht man eine dem Aussehen nach an die Gehirnwindungen erinnernde Tumormasse, die aus zahlreichen runden etwa 1 cm breiten parallel verlaufenden und an ihrer Oberfläche kleinste Einbuchtungen zeigenden Knoten und walzenförmigen Erhabenheiten besteht. Ihre Konsistenz ist nicht überall gleich, sondern die Geschwulst ist an einzelnen Stellen ziemlich resistent, an anderen teigig weich, an anderen fluktuierend. Bei Druck entleert sich aus zahlreichen kleinen Öffnungen ein flüssiger Eiter und die in diese eingeführte Sonde dringt etwa 2 cm tief ein. Bei der Inzision und Auslöffelung eines größeren dieser Knoten fand sich im Inneren ein kleiner Büschel von Haaren. Bei dieser Gelegenheit wurde ein Hautstückchen zwecks histologischer Untersuchung exzidiert. Diese ergab als wichtigstes Resultat die Tatsache, daß das mikroskopische Bild[1]) nicht einer „Dermatitis papillaris capillitii Kaposi", sondern nur dem einer chronischen Hautentzündung entspreche.

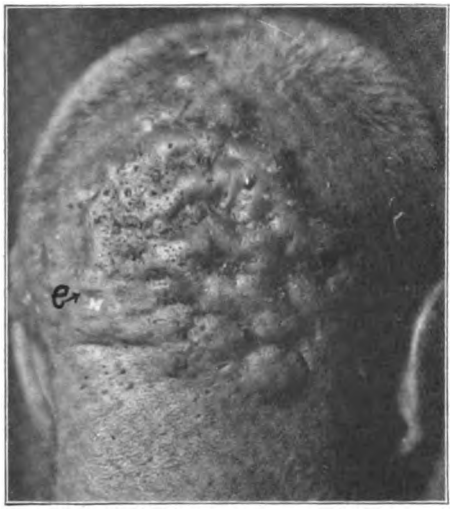


Abb. 1.

Der Fall wurde aber damals trotz des histologisch abweichenden Befundes als Dermatitis papillaris capillitii Kaposi aus folgenden Gründen aufgefaßt:

1. wegen des an diese Dermatose stark erinnernden Aussehens,
2. wegen des Befundes ganzer Haarbüschel im Inneren der Infiltrate,
3. wegen der Unmöglichkeit, das Krankheitsbild in einer anderen Gruppe unterzubringen.

Trotzdem hatte ich aber schon damals einige Zweifel an der Richtigkeit meiner Diagnose, wie auch aus der Beschreibung des Falles (vgl. Original) hervorgeht. Diese meine Zweifel gründeten sich schon damals auf folgende Tatsachen: 1. Es fehlte in meinem Falle die keloidenähnliche Konsistenz der Neubildung. 2. Es waren makroskopisch nicht jene Vegetationen zu sehen, welche Kaposi in seinem Lehrbuche folgendermaßen beschreibt: „Im Bereiche des behaarten Hinterhauptes bilden sich nun im weiteren Verlaufe 2—3 cm hohe, papillomartige, stinkendes Sekret liefernde, mit Borken bedeckte, leicht blutende Vegetationen, welche da und dort durch interkurrierende Abszeßbildung zum Teil zerfallen und unterwühlt werden. Diese Bildungen bestehen aus enorm gefäßreichen, papillaren Exkreszenzen und verhalten sich demnach mikroskopisch-anatomisch ganz analog wie Granulationen. Sie schrumpfen im Verlaufe von Jahren, indem sie zu sklerotischem Bindegewebe sich umwandeln,

[1]) Der damalige Befund lautete etwa: Epidermis normal; starke perivas. Infiltrationsherde im Str. subpap. und im Derma; keine perifollikuläre Infiltration; Talgdrüsen normal, um sie keine Infiltration.

Digitized by Google

mit dem Resultate ausgebreiteter Atrophisierung der Haarfollikel und Kahlheit, während an anderen Stellen die noch bestehenden Haare büschelförmig zusammengedrängt und eingezwängt bestehen." 3. Die Art und Weise des Entstehens des Prozesses bei Dermatitis papillaris capillitii KAPOSI entspricht nicht der bei unserem Falle beobachteten. KAPOSI beschreibt bekanntlich das Entstehen des Prozesses folgendermaßen: „Der Prozeß beginnt in der Regel an der Nackenhaargrenze und schreitet am Hinterhaupt empor bis gegen den Scheitel. Einigemal habe ich denselben auf letztere Stelle allein beschränkt gesehen." Bei unserem Falle aber begann der Prozeß im Bereiche des Haarwirbels. 4. Endlich entspricht dem histologischen Bilde unseres Falles das im Lehrbuche KAPOSIS abgebildete analoge Bild ganz und gar nicht, weil dieses deutlich zeigt, daß es sich hier um eine papillare Wucherung handelt (KAPOSI spricht von „dendritisch ausgewachsenen Papillen"), während in unserem Präparat die Epidermisoberfläche geradlinig verläuft und höchstens durch maximal

Abb. 2.

erweiterte Follikeltrichter unterbrochen ist, welch letztere teils lockere Hornlamellen, teils einzelne atrophische Haare, teils ausgestoßene Talgdrüsenepithelien enthalten. Ferner fehlte in unserem Präparat der von KAPOSI erwähnte und abgebildete Befund der enorm erweiterten Gefäße. Was nun vollends den Vergleich des histologischen Befundes bei meinem Falle mit dem des Aknekeloids des Nackens (BAZIN, EHRMANN) betrifft, so sieht man schon auf den ersten Anblick des Präparats die Verschiedenheit in der histologischen Struktur und sei diesbezüglich der Kürze wegen hier nur auf folgende Punkte hingewiesen: Während es sich beim Aknekeloid um echte Keloidbildung handelt, in der, ein gewisses Alter desselben vorausgesetzt, nach UNNA und insbesondere nach MIBELLI „die Papillar- und Subpapillarschicht des Derma aus einem Bindegewebe fibrillärer Struktur besteht, das gefäßarm ist und jeglicher elastischen Elemente entbehrt usw., während im Derma reticulare, wo die Keloidbildung rein besteht, es innerhalb derselben keine Gefäße, keine drüsigen Organe gibt usw.", sieht man in unserem Präparat nichts von alledem. Im Gegenteil, dasselbe enthält, wie auch in den Mikro-

Digitized by Google

photographien deutlich sichtbar ist, mächtige Talgdrüsen (vgl. Abb. 3), zu denen normal entwickelte Mm. arrectores ziehen und sich in normaler Weise inserieren. Es enthält auch Schweißdrüsen und Ducti, vor allem aber ist die Elastika (vgl. Fig. 4) überall, mit Ausnahme innerhalb der Infiltrate, welche die Follikel und Gefäße umgeben, normal entwickelt, und von einer Keloidbildung ist, trotzdem die Affektion seit 4 Jahren bestanden hatte und das Hautstückchen aus einem alten Infiltrate exzidiert worden war, keine Spur zu sehen[1]). Diese damals und insbesondere jetzt erhobenen histologischen Befunde scheinen mir mit Beweiskraft dafür zu sprechen, daß mein Fall der Dermatitis papillaris capillitii

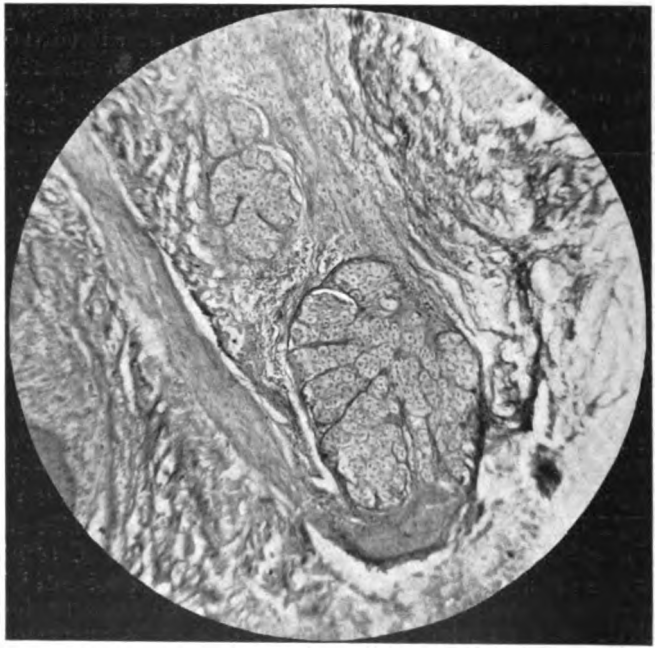


Abb. 3.

Kaposi zwar äußerlich ähnlich sehe, in Wirklichkeit aber mit dieser Krankheitsform nichts zu schaffen habe. Übrigens hatte ich schon damals darauf hingewiesen, daß die Befunde nicht den von Ehrmann in seiner Beschreibung der „Folliculitis nuchae sclerotisans" angegebenen entsprechen. Ich hatte denn auch anläßlich der oben erwähnten Demonstration des Falles die Meinung ausgesprochen, daß das histologische Bild desselben nicht einen „speziellen Charakter", sondern nur den eines Entzündungsprozesses aufweise. („In genere si può dedurne, che le altera-

[1]) Leider sind die Präparate infolge ihres Alters bedeutend abgeblaßt, so daß sie für eine detailliertere histologische Beschreibung — eine versuchte Überfärbung war mißglückt — ungeeignet waren. Immerhin war es möglich, das Wichtigste in ihnen zu sehen und sogar auf der mikrophotographischen Platte zu fixieren.

Digitized by Google

zioni patologiche corrispondono in questo caso ad un processo d'infiammazione senza carattere speciale.")

Leider war es mir aber damals infolge der unmittelbar bevorstehenden Abfahrt zum Kongresse nicht möglich, den Fall histologisch des genaueren zu studieren, und auch später kam ich infolge anderweitiger Arbeiten nicht mehr dazu, den Fall wissenschaftlich zu verarbeiten. Heute aber sind meine damals schon teilweise vorhanden gewesenen Zweifel bezüglich der Zusammengehörigkeit meines Falles zum Krankheitsbilde der Dermatitis papillaris capillitii KAPOSI durch die Arbeit von KOEHLER wieder und in verstärktem Maße rege geworden.

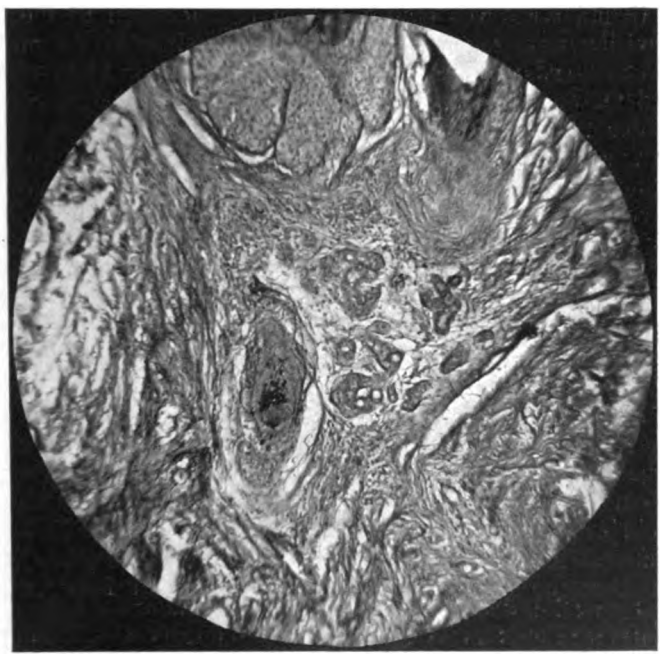


Abb. 4.

Gleichzeitig mit diesem diagnostisch etwas zweifelhaften Falle hatte ich einen typischen Fall von Folliculitis nuchae sclerotisans (EHRMANN) oder Akne-Keloid (BAZIN) in Beobachtung. Da ich in meiner oben erwähnten Publikation aus denselben Gründen wie beim vorausgehenden Falle die Photographie nicht veröffentlicht habe, sei es mir gestattet, diese zwecks des Vergleiches der Bilder der beiden Fälle heute nachzutragen. Im nachstehenden sei dieser Fall kurz beschrieben:

27jähr. Carabinier. Gegenwärtige Affektion besteht seit 8 Monaten und begann mit der Bildung von kleinen Pusteln am Nacken. Jede bisherige Therapie wie auch eine vorgenommene Exzision der Geschwulst ohne Erfolg.

Somatischer Status: Nichts von Belang. WR negativ.

Spezieller Status: Aus der Photographie ersichtlich und das übliche Bild eines typischen Aknekeloids bietend. An ihren Rändern sieht man äußerst festsitzende Haare

Digitized by Google

in büschel- und pinselartiger Anordnung. Außerdem ist die Geschwulst, welche auf Druck sehr empfindlich ist, von einer großen Anzahl von hanfkorn- bis erbsengroßen, harten akneähnlichen Knötchen, deren Sitz bis in die behaarte Kopfhaut reicht und von denen einzelne von einem Haar durchbohrt sind, umgeben. Die Zervikaldrüsen sind sehr stark vergrößert und rosenkranzartig angeordnet.

Es wurde ein Hautstückchen samt einem isolierten Knötchen zwecks histologischer Untersuchung exzidiert und dabei der gewöhnliche bei einem noch jungen Keloidaknéknötchen übliche Befund (auch Riesenzellen) erhoben.

Es sei schließlich noch erwähnt, daß man in beiden Fällen durch Röntgenbestrahlung eine bedeutende Verkleinerung und Abflachung des Tumors erzielte.

Zusammenfassung:

Auf Grund eines vor etwa 4 Jahren beobachteten und einer neuerlichen Revision unterzogenen Falles von anscheinender Dermatitis papillaris capillitii KAPOSI, sei es in klinischer als auch in histologischer Hinsicht, wird folgendes festgestellt: Der Fall scheint mit dem von KOEHLER in Nr. 5 der „Dermatologischen Wochenschrift (1925) veröffentlichten Falle von „unterminierter Narbenbildung am behaarten Kopfe nach chronischer Eiterung" analog zu sein, welch letzterer Fall sowohl von KOEHLER als auch von RIECKE (von jenem zitiert) nicht als „Dermatitis papillaris capillitii KAPOSI" angesprochen wird und der sich nach RIECKE in keines der bekannten Krankenbilder einreihen läßt. 2. Mein Fall scheint für die Richtigkeit der Ansicht der obengenannten Autoren insofern zu sprechen, als er zwar in makroskopischer Hinsicht einigermaßen, in mikroskopischer aber ganz und gar nicht dem bekannten Bilde der Dermatitis papillaris capillitii KAPOSI entspricht. Am allerwenigsten aber ist der Fall mit Aknekeloid BAZIN (Folliculitis sclerotisans nuchae EHRMANN), sei es makroskopisch sei es mikroskopisch, identisch, wobei aber an der Identität beider letzterer Formen im Sinne EHRMANNS festgehalten wird.

Für eine Angliederung meines Falles an die Folliculitis decalvans besteht kein Anhaltspunkt, weil der Fall trotz vierjährigen Bestehens nicht mit Haarausfall verbunden war. (Das im Bilde sichtbare Fehlen der Haare im Bereiche der Geschwulst rührt von den Röntgenbestrahlungen her.)

Literatur.

EHRMANN. Folliculitis nuchae sclerotisans. MRACEK, Handbuch der Hautkr., 2. Bd. — FREUND, Su 2 casi di Acne-Keloid (Dermatitis papillaris capillitii KAPOSI). Communicazione fatta alla XVIII. Riun. della „Soc. Ital. di Derm. e Sifilogr." — Rom 1921. Giorn. ital. delle mal. vener., 1922, Nr. 2. — KAPOSI, Dermatitis capillaris capillitii. Pathologie und Therapie d. Hautkr., S. 562. — KOEHLER. Mitteilung eines eigenartigen Falles von unterminierter Narbenbildung am behaarten Kopfe nach chronischer Eiterung. Derm. W., 1925, Nr. 5. — MIBELLI, Sul cheloide acneico. Giorn. ital. delle mal. vener., Bd. 1893, S. 469. — UNNA, Nackenkeloid (Histopathologie).

Nachtrag.

Durch einen glücklichen Zufall wurde es mir ermöglicht, den ersten, durch mehrere Jahre unauffindbar gewesenen Patienten neuerlich in meine Beobachtung zu bringen. Ich konnte dabei feststellen, daß, wie die sofort aufgenommene Photographie [1]) ergibt,

[1]) Pat. wurde vor der Aufnahme derselben glattgeschoren.

Digitized by Google

es bei ihm inzwischen zu einer vollständigen Vernarbung der schweren Hautaffektion gekommen ist, trotzdem derselbe seither keine Behandlung durchgemacht hatte.

Ein bei dieser Gelegenheit vorgenommener Vergleich des lokalen Befundes bei unserem Patienten mit der auf Tafel 45 des KAPOSIschen Handatlasses dargestellten Abbildung, welche den Endausgang eines Falles von Dermatitis papillaris capilitii „einige Jahre später" betrifft, ergibt, daß zwischen unserem und diesem Befunde nur eine geringe Ähnlichkeit besteht. Insbesondere sieht man bei unserem Patienten im Bereich der Narben weder die charakteristischen pinselförmigen Haarbüschel noch eine Höhlenbildung mit eingeschlossenen festsitzenden Haaren oder gar Haarzöpfen.

Im nachstehenden der Befund vom 24. Mai 1925:

Die gesamte früher erkrankt gewesene Kopfhaut ist vollständig vernarbt, und man sieht von den einstigen schweren Veränderungen nur noch tief eingesunkene, stellenweise an das Periost fixierte, weiße, gefäßlose, strahlig konfigurierte Narben, welche an manchen Stellen tunnelartig unter zungenförmigen Lappen gesunder Haut hinziehen. Die letztere selbst ist über und über mit tiefen stecknadelkopf- bis erbsengroßen Vertiefungen bedeckt, in welchen entsprechend große, mit einer Pinzette leicht extahierbare Komedonen sitzen; außerdem sieht man noch mehrere lineare, eingezogene, ein bis mehrere Zentimeter lange Spalten, in denen sich Sebum und allerlei Detritus, aber keine Haare befinden. Was die letzteren betrifft, so finden sich weder auf den Narben noch in den Vertiefungen, sei es einzelne, sei es büschelförmig angeordnete. Dagegen ist die gesund gebliebene Haut in normaler Weise mit Haaren bedeckt.

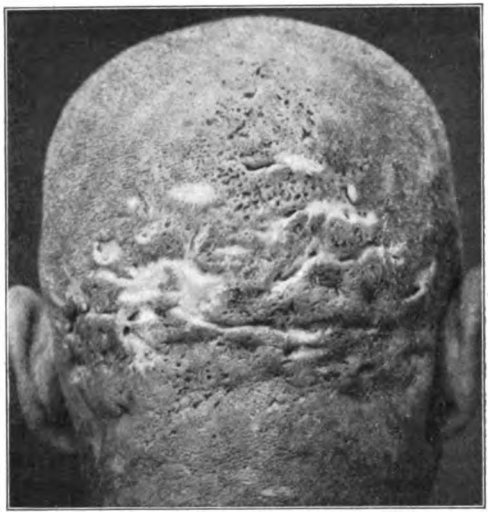


Abb. 5.

Während auf diese Weise der überwiegende Teil der früheren Affektion als definitiv geheilt zu betrachten ist, ist auf dem äußersten oberen rechten Rande derselben eine 2 cm lange und 1 cm breite Hautpartie krank geblieben und stellt einen walzenförmigen, aus einer kleinen Öffnung einen blutigserösen Inhalt sezernierenden Hautabszeß dar. Derselbe wird gespalten und bei dieser Gelegenheit ein Hautstückchen zwecks mikroskopischer Untersuchung exzidiert, wobei folgender Befund erhoben wird:

Die mikroskopische Untersuchung des durch die jahrelange Eiterung außerordentlich morsch gewordenen Hautstückes ergab folgenden Befund:

Die stellenweise papelartige Erhebungen bildende Epidermis ist im allgemeinen von normaler Breite, mit Ausnahme einiger Stellen, an welchen die Retezapfen teils eine mäßige, teils eine hochgradige Akantose aufweisen. Die aus zahlreichen dünnen Lamellen bestehende Hornhaut dringt in alle Sinuositäten sowie in die außerordentlich erweiterten Follikel ein, in den letzteren sich zu lockeren, konzentrisch geschichteten Pfröpfen zusammenballend und gleichzeitig die erweiterten Follikeleingänge teilweise verschließend, wodurch förmliche follikuläre Zysten von großen Dimensionen entstehen. Andere mit gleichen Pfröpfen erfüllte Zysten liegen knapp unterhalb der Epidermis, mit derselben durch einen kurzen Epithelstrang zusammenhängend, während andere sich in den tieferen Lagen des Derma befinden. Außerdem gibt es noch kleinere, knapp

Digitized by Google

aneinander grenzende Zysten, von denen einzelne mehrere Kammern besitzen. Fast alle Zysten besitzen an ihrem unteren Pole teils atrophische Follikelreste, teils verkümmerte Talgdrüsen, während in ihrem Innern sich Haarfragmente befinden, welche, wie Quer- und Längsschnitte zeigen, rücksichtlich Struktur und Größe vollständig normal sind. Schließlich sei hervorgehoben, daß die Follikel nur eine geringe kleinzellige Infiltration zeigen. Das Str. granulosum ist normal; die Stachelschicht zeigt stellenweise perinukleäres Ödem. Die Basalzellenschicht ist normal.

Derma: Papillen teils normal, teils kolbenartig aufgetrieben, ihre Gefäße sehr stark erweitert und von kleinzelligem Infiltrate umgeben. Die tieferen Dermaschichten erscheinen durch einen diffusen Eiterungsprozeß zum größten Teile zerstört, und nur die Talgdrüsen, die Follikel mit ihren Haaren, dann die Schweißdrüsen (letztere aber etwas atrophisch geworden) sowie einige verstreut liegende Arrektoren sind erhalten geblieben. Im Bereiche der weiter unten erwähnten Abszeßbildungen kommt es aber auch bei diesen Gebilden zu fortschreitender Auflösung. Inmitten der noch erhaltenen Dermaschicht verlaufen Gefäße mit teils streifenförmiger, teils herdförmiger kleinzelliger Infiltration. Diese Infiltrationsherde verdichten sich an einzelnen Stellen zu ausgedehnten Abszessen, deren Elemente aus Leukozyten, Lymphozyten, Fremdkörperriesenzellen und endlich aus zahlreichen Mastzellen bestehen, welch letztere sich im Bereiche sämtlicher Schichten der Kutis und der in ihr befindlichen Anhangsorgane der Haut finden. Das elastische Netz ist überall fast vollständig normal erhalten und nur dort, wo hochgradige kleinzellige Infiltrationsherde bestehen, teils fehlend, teils fragmentiert.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die neue Untersuchung im großen und ganzen den Befund der früheren bestätigt hat, dabei nur feststellend, daß die vorgeschrittene Eiterung zu einer fast vollständigen Zerstörung des Kutisgewebes und teilweise auch der Anhangsgebilde der Epidermis geführt hat. Es konnte also nicht zu einer keloidartigen Narbe kommen, wie bei der Dermatitis papillaris kapillitii Kaposi oder gar wie beim Aknekeloid, was ja auch dem heutigen Befunde bei unserem Falle entspricht.

Schlußfolgerung: Auf Grund der neuerlichen klinischen und histologischen Untersuchung des Falles läßt sich mit großer Wahrscheinlichkeit schließen, daß es sich nicht um Dermatitis papillaris capillitii Kaposi oder gar um Aknekeloid handelt.

Dagegen war es wegen der durch Eiterung vorgeschrittenen Zerstörung des exzidierten Hautstückchens unmöglich, auf Grund der histologischen Untersuchung irgendwelche Schlüsse auf die Natur und Pathogenese der Dermatose zu ziehen.

Digitized by Google

Über Hypotrichosis congenita hereditaria.

Von

Dr. Marie Unna in Hamburg-Bergedorf.

Mit 8 Abbildungen im Text.

In der Literatur sind unter den Bezeichnungen Hypotrichosis congenita und Alopecia congenita mehrere so eingehende Darstellungen von angeborener Haararmut gegeben, daß kein Anlaß vorläge, diese Kasuistik zu bereichern, wenn die von mir beobachteten Fälle nicht in gewisser Hinsicht besonderes Interesse erweckten, das ihre Beschreibung rechtfertigt. Ich hatte Gelegenheit, 27 Fälle zu untersuchen, welche aller einer und derselben großen und weitverzweigten Familie angehören. Diese große Zahl der Fälle erlaubte es nicht nur, das Krankheitsbild gleichzeitig in allen seinen Entwicklungsphasen und individuellen Ausprägungen zu beobachten, sondern auch einen durch mehrere Generationen gehenden Stammbaum aufzustellen und so den Gang der Vererbung einwandfrei zu erweisen.

Ich gebe zunächst zur klinischen Charakteristik die Krankengeschichten von zwei Kindern, die alle wesentlichen Züge der Anomalie aufweisen.

1. Irmgard S., 3 Jahre alt (die jüngste meiner Pat.). Großmutter, Mutter und zwei Schwestern der Mutter leiden an der gleichen Haarmißbildung. Von den zwei Geschwistern ist die Schwester haargesund, der Bruder haarkrank. Über den Zustand des Haares bei der Geburt und den Beginn des Wachstums des bleibenden Haares sind keine Angaben zu erhalten. Seinem Alter entsprechend entwickeltes Kind. Die Haut des Gesichts ist zart, glatt, sehr weich, leicht gelblich und zeigt auf der Stirn feinste oberflächliche Faltenbildung. Auch die Körperhaut ist auffallend weich, wie die eines Neugeborenen, sonst von normaler Beschaffenheit. Das Kopfhaar ist sehr dicht, dunkelblond. Die ca. 10 bis 15 cm langen Haare sind am Grunde dunkel und an den Spitzen stark aufgehellt, so daß ein fuchsiger Farbton resultiert. Die Haare stehen steif rings vom ganzen Kopfe ab. Die Stirnhaargrenze ist hoch auf den Schädel hinauf verschoben und an den Stirnecken tief eingebuchtet. Diese Einbuchtungen reichen fast bis in die Mitte des Schädels und lassen nur einen medianen, etwa 5 cm breiten Streifen Haares zwischen sich. Zu beiden Seiten dieser kahlen Einbuchtungen ist das Haar etwas gelichtet im Gegensatz zu dem sonst gleichmäßig dichten Bestand. Die kahlen Partien sollen sich nach Aussage der Mutter langsam vergrößern. Das Einzelhaar ist dick, hart, trocken und glanzlos. Läßt man es durch die Finger gleiten, so fühlt man, daß es nicht gleichmäßig drehrund ist, sondern kantig. Augenbrauen und Wimpern: es sind jederseits nur wenige kurze Härchen vorhanden. Lanugo fehlt sowohl im Gesicht als am Körper bis auf einige ganz vereinzelte kurze Härchen völlig. Zähne, Nägel o. B.

2. Ernst G., 14 Jahre. Mutter und Vater der Mutter waren ebenfalls haarkrank, ebenso wie zwei Schwestern. Gesunder, kräftiger Knabe. Dieser Patient zeigt am Wirbel eine etwa markstückgroße, völlig kahle Stelle; die Kahlheit soll sich im Laufe von etwa 4 Jahren entwickelt haben. Um diese kahle Mitte folgt eine Zone, die spärliche kurze Haare trägt und allmählich in den im übrigen recht dichten Haarbestand übergeht. In der weiteren Umgebung dieser kahlen Stelle finden sich am ganzen Hinterkopf kleinste, stecknadelkopfgroße kahle Stellen; der Vorderkopf zeigt diese kahlen Stellen nicht. Die Stirn ist nicht hoch, die Schläfenwinkel nicht eingebuchtet. Brauenhaare sind nur in spärlicher Zahl als feine, kurze Stümpfchen vorhanden. Ebenso einige wenige dünne, kurze Zilien. Dagegen ist die Lanugo im Gesicht und am Körper verhältnismäßig dicht, aber die einzelnen Wollhärchen sind kurz, wie abgebrochen. Haut glatt, weich, gelblich, läßt die Gefäße an den Schläfen durchscheinen. Zähne, Nägel o. B.

Digitized by Google

Die Zusammenstellung dieser Beobachtungen mit den an meinen anderen Fällen gemachten ergibt folgendes Krankheitsbild:

Die Kinder werden, soweit Angaben darüber zu erhalten sind, mit Wollhaar auf dem Kopf, aber ohne oder mit nur sehr spärlichen Augenbrauen und Wimpern geboren. „Man konnte es dem Kinde gleich ansehen, daß es anders aussah wie andere", sagte eine Mutter. Dem im 1. Lebensjahr ausfallenden Wollhaar folgt erst im 3. Lebensjahr der Ersatz durch das bleibende Haar. Die Kinder sind also längere Zeit hindurch völlig kahl.

Die Entwicklung des bleibenden Haares zeigt zwei verschiedene Typen. Entweder ist es gleich von Anfang an sehr spärlich, die einzelnen Haare stehen weitläufig, wachsen sehr langsam und gehen schon in der Schulzeit wieder zugrunde. In diesen Fällen ist um die Pubertät schon fast völlige Kahlheit eingetreten, so daß von den Mädchen eine Perrücke getragen wird, unter der die wenigen Haarreste vollends schnell zugrunde gehen. Bei dem zweiten Typ ist das bleibende Haar zunächst dicht; es wächst schneller, wird aber auch bei den Mädchen nicht länger als 30, höchstens 40 cm lang. Der Ausfall setzt erst später, um die Pubertät oder gar erst ums 20. Jahr herum ein, um auch dann entweder im Verlauf von einigen Jahren in völliger Haarlosigkeit zu enden, oder aber es bleibt dauernd ein mehr oder weniger starker Bestand von Haaren am Hinterkopf und an den seitlichen Schädelpartien erhalten. Beiden Typen gemeinsam ist, daß die oberste Stirnpartie meist von Anfang an ganz haarlos ist — Ausnahme ist Pat. 2 und seine jüngere Schwester mit normal gelegener Stirnhaargrenze —, und gleichartig ist in beiden Typen die Art des Ausfalles. Dieser nimmt seinen Anfang an denselben Stellen wie der bei der gewöhnlichen seborrhoischen Glatzenbildung: am Scheitelwirbel, auf der Stirn, an den Stirn-Schläfenwinkeln. Schon früh zeigen auch die Kinder mit anfänglich reichem Haarwuchs Kahlheit an diesen Prädilektionsstellen, bisweilen an allen drei, bisweilen nur an einer oder der anderen. Ferner bilden sich ebenfalls schon früh (im 6. bis 10. Lebensjahr) kleinste stecknadelkopfgroße kahle Stellen über den ganzen Kopf zerstreut. Beobachtet habe ich diese kleinfleckige Kahlheit nur bei kurzgeschorenen Knabenköpfen; unter dem längeren Haar der Mädchen konnte ich sie nicht nachweisen.

Die Entwicklung von Augenbrauen und Wimpern ist in allen Fällen eine sehr spärliche. Auch die Kinder mit reichlichem Kopfhaar haben nur wenige Brauenhaare und Zilien, und diese wenigen sind dünn, kurz, wie abgebrochen und gehen im Laufe des Lebens mehr und mehr zu Verlust, so daß bei den älteren Leuten gar keine Haare mehr vorhanden sind.

Die Bartentwicklung bei den Männern ist sehr gering; es finden sich nur vereinzelt stehende borstenartige Haare auf den Wangen oder auf der Oberlippe.

Ebenso spärlich ist die Körperbehaarung; Brust- und Bauchbehaarung bei Männern fehlt meist ganz, Achselhaare fehlen völlig oder sind nur in einzelnen kurzen Exemplaren vorhanden.

Die Schambehaarung nimmt eine gewisse Sonderstellung ein. Auch sie kann ganz oder beinahe fehlen, häufiger aber ist sie — auch bei

Digitized by Google

dem besonders haararmen Typ — kräftig entwickelt und geht erst später allmählich zu Verlust. Zwei Pat., ein Mann und eine Frau, gaben an, daß der Ausfall erst mit dem 40. Lebensjahre begonnen habe.

Lanugo ist sowohl im Gesicht als am Körper und den Extremitäten sehr spärlich entwickelt; in manchen Fällen ist nur mit Mühe hier und da ein einzelnes Härchen zu finden. Die einzelnen Wollhärchen sind äußerst dünn und nur 1 bis 2 mm lang.

Die Haut ist sehr weich und glatt, besonders im Gesicht und hier etwas gespannt und zeigt an den Augenwinkeln leichte Fältelung wie zerknittertes Zigarettenpapier. Sehr auffallend treten in dem gelblichen Gesicht die haarlosen Augenbrauenwülste mit rosiger Färbung hervor. Sie, zusammen mit dem Fehlen der Zilien und dem gelblichen Gesichtstimbre, geben dem Aussehen der Pat. ein ungemein charakteristisches, mongolisches Aussehen, das sie, auch wenn der Mangel des Kopfhaares durch eine Perrücke verdeckt wird, schon von weitem kenntlich macht. Störungen der Schweißsekretion und der Sensibilität sind nirgends nachzuweisen.

Nägel und Zähne zeigen in keinem Falle Besonderheiten.

Bemerkenswert ist die Beschaffenheit der Haare. Das einzelne Haar ist dick, hart, trocken, pferdehaarähnlich, glanzlos. Es zeigt streckenweise eine feinwellige Kräuselung und vielfache Knickungen, besonders an den Stellen, wo es, wie es häufig vorkommt, abgeplattet ist. Wegen der borstenartigen Beschaffenheit lassen sich die Haare der Mädchen nicht zu einem Zopf zusammenflechten und können nur unter Verwendung von reichlichem Fett einigermaßen gebändigt werden. Fährt man mit der Hand über einen kurzgeschorenen Knabenkopf, so hat man das Gefühl, als ob man über eine harte Bürste hinstriche. Die Härte des Haares wird am besten charakterisiert durch die Schilderung einer Mutter, die von ihrem Sohn, der schon von klein an nur sehr spärliche Haare hatte, erzählt, daß er abends im Bett oft über die Schmerzen weinte, die der Druck der harten Borsten auf der Kopfhaut erzeugte. Spaltungen oder Aufsplitterungen, wie man sie sonst bei atrophischen Haaren findet, zeigen die Haare meiner Fälle nicht, sie haben auch keine Neigung abzubrechen und besitzen eine bedeutende Zugfestigkeit. An den oben erwähnten Prädilektionsstellen des Ausfalles lassen sie sich leicht und schmerzlos ausziehen und folgen als Kolbenhaare schon ganz leisem Zuge.

Diese eigenartige Beschaffenheit der Haare meiner Fälle unterscheidet sie von allen anderen bisher beschriebenen Fällen kongenitaler Hypotrichose. In den meisten von ihnen wuchs nach Ausfall des ersten Wollhaares überhaupt kein Haar wieder. Pinkus, in dessen Fall (8jähr. Knabe) spärlicher Haarwuchs vorhanden war, erwähnt nur das Vorkommen einiger besonders dicker Haare unter solchen gewöhnlichen Kalibers, und Petersen, der 3 Geschwister im Alter von 6 bis 12 Jahren beobachtete, berichtet, daß das bei ihnen anfänglich normal entwickelte bleibende Kopfhaar mit dem 4. bis 6. Lebensjahr ausfiel und der Nachwuchs immer spärlicher und die einzelnen Haare immer dünner und heller wurden.

Ergebnisse der histologischen Untersuchung. Die histologische Untersuchung wurde an der Kopfhaut dreier Geschwister vorgenom-

Digitized by Google

men, welche die Krankheit in verschiedenen Stadien zeigten: die jüngste Schwester einen frischen, der Bruder einen älteren, die älteste Schwester einen abgelaufenen Prozeß.

1. M. G., 12 jähr. Schwester von Pat. 2 der klinischen Beschreibung. Klinisch bot sie im ganzen das gleiche Bild wie dieser. Besonders auffallend ist bei ihr die harte borstige Beschaffenheit des sehr dichten, ca. 40 cm langen Haares. Nachdem seit frühester Kindheit eine linsengroße kahle Stelle auf dem Scheitelwirbel bestanden hatte, die sich nicht vergrößerte, trat plötzlich nach einer leichten Appendizitis auf dem Vorderkopf starker Haarausfall auf, der in wenigen Wochen zur Bildung einer handtellergroßen, fast ganz kahlen Stelle führte. An den seitlichen und hinteren Partien des Kopfes fielen die Haare nicht aus. Aus dieser kahlen Stelle des Vorderkopfes nahe dem Scheitelwirbel wurde ein Stück Haut exzidiert.

Röntgenbestrahlung der kahlen Stelle mit kleinen Dosen bewirkte neues Haarwachstum. Nach 3 Monaten erneuter Haarausfall, und zwar an der Grenze der Stirn, die merklich höher wurde. und am Scheitelwirbel, so daß die früher linsengroße kahle Stelle bald Dreimarkstückgröße erreichte. Das neue Haar auf dem Vorderkopf ging auch zum Teil wieder zu Verlust.

Im histologischen Bild fällt zunächst die Konfiguration des Deckepithels auf. Dieses treibt eine Menge Fortsätze der verschiedensten Formen und Gestalten, lange und kurze, breite und schlanke, in die Kutis hinein. Durch diese vermehrten und verzweigten Fortsätze wird ein ganz unregelmäßiger Papillarkörper gebildet, in dem schmale und breite Papillen der verschiedensten Formen miteinander wechseln. In den Epithelzapfen findet man zahlreiche Mitosen. Einige dieser Fortsätze werden an ihrem unteren Ende durch eine Papille eingestülpt, doch ohne daß es zur Haarbildung kommt. Die Vielgestaltigkeit dieser Epithelfortsätze zeigen die Abbildungen. Ferner begegnet man im oberen Teil der Kutis scheinbar freien Epithelkomplexen von bizarrer Gestaltung — hirschgeweihartig, fingerförmig, sternförmig —, die ohne Zusammenhang mit dem Deckepithel zu sein scheinen. In Verfolgung von Serienschnitten läßt sich aber dieser Zusammenhang bei den meisten Wucherungen doch feststellen.

Ebenso auffallend wie diese Proliferation der Deckepithelfortsätze sind die von der Stachelschicht der Haarbälge ausgehenden Auswüchse und Knospenbildungen. Von diesen Sprossungen ist kaum ein einziger Haarfollikel frei; selbst diejenigen, welche noch normale Haare tragen, treiben an irgendeiner Stelle ihrer Zirkumferenz kleine oder große, einfache oder verzweigte Auswüchse, und zwar zumeist im oberen und mittleren Drittel ihres Verlaufes. Diese epithelialen Sprossungen weisen zahlreiche Mitosen auf; es sind meist solide Stränge, die auf Querschnitten häufig eine zentrale Aufhellung zeigen, welche auf Einschmelzungsvorgänge hindeutet (Abb. 1). Bisweilen wird das Zentrum auch von einer hornperlenähnlichen Masse erfüllt, welche sich bei Pappenheim-Unna-Färbung durch die deutliche Wurzelscheidenfärbung als verunglückte Haarbildung dokumentiert (Abb. 5). Diese Epithelsprossungen werden vielfach durch bindegewebige Papillen (Abb. 1) eingestülpt, doch wird selten mehr als eine frustane Haarbildung erreicht; nur einmal konnte eine wirkliche Haarneubildung in einem seitlichen Fortsatz eines zugrunde gehenden Haarbalges nachgewiesen werden (Abb. 3).

Die Haarfollikel sind noch in großer, aber, wie der Vergleich mit einer normalen Kopfhaut zeigt, doch in verminderter Anzahl vorhanden. Vielfach sind die Haare ausgefallen und an Stelle derselben finden sich

Digitized by Google

aus Lamellen zusammengesetzte Hornmassen. Häufig findet man den Haarbalgtrichter erweitert und mit Hornmassen erfüllt. Aber auch Wurzelscheidenreste, die sich durch ihre starke Pyroninrotfärbung als solche erweisen, findet man in diesen zugrunde gehenden Haarfollikeln. Oft zeigen auch sie merkwürdige Konfigurationen, häufig sind sie bogenförmig gekrümmt (Abb. 2 u. 7).

Das Endstadium des Untergangsprozesses wird dargestellt durch einige zerstreut liegende Haarreste der verschiedensten Formen innerhalb eines mäßig kernreichen Bindegewebes. An einigen Stellen lagern sich diesen Resten auch Riesenzellen an, an anderen findet man in ihrer Nachbarschaft Anhäufung von Bindegewebskernen.

Die Talgdrüsen sind an Zahl stark reduziert; es läßt sich längst nicht zu jedem Follikel die zugehörige Drüse auffinden. Sie stellen meist unverzweigte Schläuche mit auffallend kleinen Zellen dar.

Die Knäueldrüsen zeigen außer einer stellenweise auftretenden leichten Erweiterung der Gänge und des Knäuels keine Veränderungen.

Das elastische Gewebe, die Blutgefäße sowie die Arectores pilorum sind nicht pathologisch verändert.

2. E. G., 14jähr. Bruder der vorigen Pat. Es ist Fall 2 der klinischen Beschreibung. Das untersuchte Stück Kopfhaut stammt aus der unmittelbaren Umgebung des dort beschriebenen kahlen Fleckes auf dem Scheitelwirbel.

Das Deckepithel ist viel schwächer entwickelt als im vorigen Falle, treibt aber doch an einigen Stellen proliferierende Fortsätze, die im Papillarkörper von kleinen Papillen eingestülpt werden. Haare und Haarbälge sind im Vergleich zum vorigen Fall noch stärker an Zahl reduziert, sie treiben auch einzelne epitheliale Fortsätze, doch ist die Proliferationsfreudigkeit erheblich geringer als im 1. Fall. Ein auffallendes Bild bietet ein großer Infiltrationsherd in der Kutis, der sich um die Trümmer eines zugrunde gegangenen Haares gebildet hat (Fig. 7). Diese Haarreste — ein großer balkenförmiger und daneben ein kleiner — erscheinen an ihrer einen Längsseite und den beiden Enden von Riesenzellen dicht besetzt und angenagt. Genauere Betrachtung zeigt, daß diese großen Zellen aber keine echten bindegewebigen Fremdkörperriesenzellen sind, sondern daß es degenerierte Wurzelscheidenzellen mit vielen Kernen sind. Ihre dunkelrote Pyroninfärbung und die Form ihrer Kerne beweisen ihre epitheliale Natur. Im Gegensatz zu diesen kernreichen Epithelien besitzt das nächstanliegende Bindegewebe nur einen spärlichen Kerngehalt. Der periphere Teil des Infiltrationsherdes enthält viele gut ausgebildete Plasmazellen, die sich auch um die nächstgelegenen Kapillaren und in einer benachbarten Knäueldrüse finden.

3. G. G., 17jähr. Schwester der vorigen Pat., hatte von klein an nur ganz spärliches Haar, so daß sie schon mit 10 Jahren eine Perrücke tragen mußte. Jetzt ist der Kopf ganz kahl bis auf einige Haare an den hinteren und seitlichen Schädelpartien. Das untersuchte Stück Kopfhaut stammt aus der Scheitelwirbelgegend.

Das histologische Bild wird beherrscht durch die großen Talgdrüsen und zahlreiche fingerförmig verzweigte Epithelkomplexe an der Unterfläche des Deckepithels. Der Zusammenhang der Epithelwucherungen mit dem verdünuten Deckepithel ist vielfach nachzuweisen. Haare und Haarbälge sind kaum noch vorhanden.

Digitized by Google

Fassen wir die Ergebnisse der histologischen Untersuchung kurz zusammen, so ergibt sich für das jüngere Krankheitsstadium, in dem der Haarausfall beginnt, als Hauptcharakteristikum eine allgemeine Epithel-

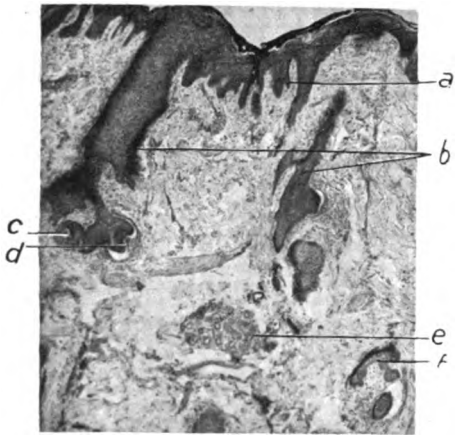


Abb. 1.

a = Fortsätze des Deckepithels.
b = verdickter Lanugohaarbalg mit seitl. Sprossungen.
c = zentrale Aufhellung in Epithelwucherung.
d = Papillenartige Einstülpung eines Epithelfortsatzes.
e = normale Knäueldrüse.
f = Epithelreste eines Follikels.

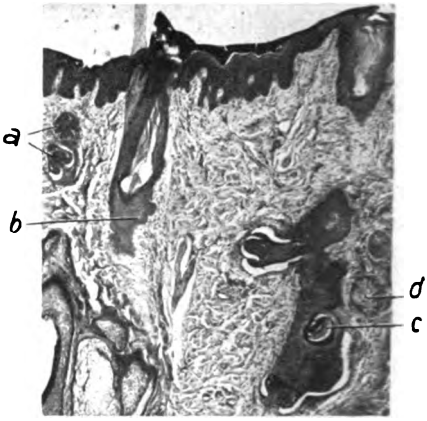


Abb. 2.

a = Epithelkomplex, dessen Zusammenhang mit dem Epithel auf Fig. 3 ersichtlich.
b = Protuberanzen des Haarbalgepithels.
c = Schalenförmiger Wurzelscheidenrest im Lanugohaarbalg.
d = atrophische Talgdrüse.

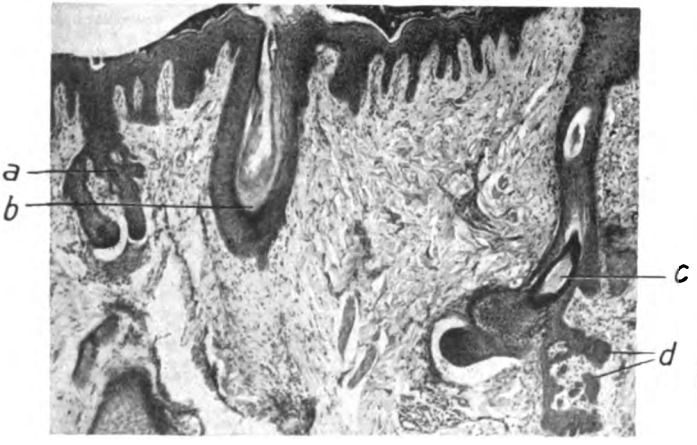


Abb. 3.

a = Wucherung des Epithels, von der Abb. 2 einen Ausschnitt zeigt.
b = erweiterter Follikeltrichter des Lanugohaares Abb. 2.
c = Lanugohärchen, entspringend aus einer Epithelwucherung, und Papillenneubildung.
d = seitlicher Ausschnitt des alten Lanugohaarbalges.

Abb. 4.

Zugrunde gehender Haarbalg.
a = zystische Erweiterung des Haarbalglumens.
b¹ = atrophische Talgdrüsen.

unruhe, die zu einer starken Proliferation der Stachelzellen des Deckepithels und des Haarbalgepithels in seinen zwei oberen Dritteln führt. In den älteren Fällen, in welchen der Haarausfall schon seit Jahren be-

Digitized by Google

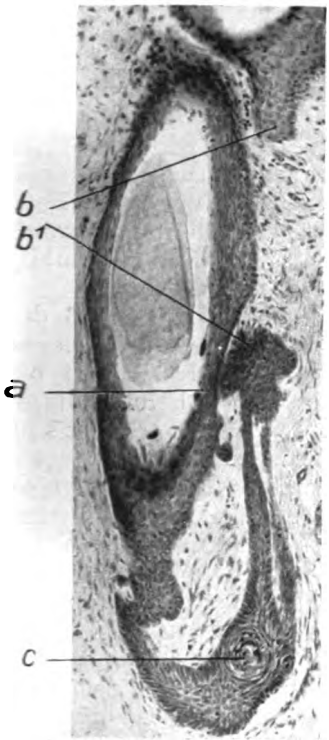


Abb. 5.

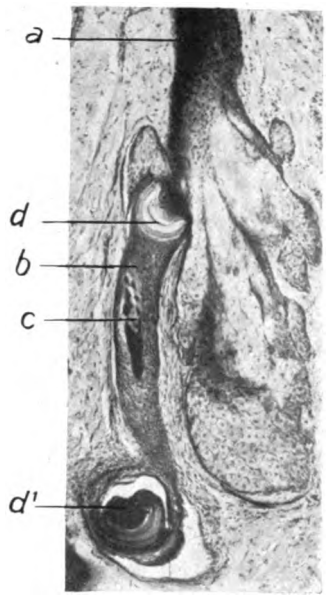


Abb 6.

Erklärung der Abbildungen.

Abb. 5.

a = Haarbalg mit epithelialen Wucherungen.
b b' = Epithelwucherungen, die im weiteren Verlauf der Serie miteinander in Verbindung treten.
c = Perlenbildung im Epithelfortsatz mit Wurzelscheidenelementen.

Abb. 6.

a = der obere Teil des Follikels stellt nur noch den Ausführungsgang der wohlerhaltenen Talgdrüse dar.
b = Haarbalg mit
c = Haarrest und
d d' = schalenförmigen Wurzelscheidenresten.

Abb. 7. Infiltrationsherd um einen Haarrest.

a = Haarrest.
b = Riesenzellen = vielkernige Wurzelscheidenzellen.
c = Plasmazellen.

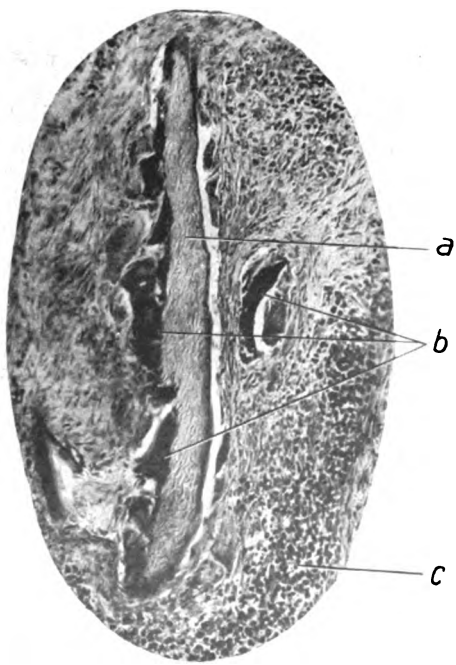


Abb. 7.

Digitized by Google

endet ist, ist diese Wucherungstendenz wenn nicht ganz erloschen, so doch viel geringer geworden. Es sind nur noch wenige Haarfollikel teils mit, teils ohne Haarreste zu finden. Der Befund an den Talgdrüsen ist dagegen ein umgekehrter: in den jüngeren Stadien zeigen sie stärkere Rückbildungen, um nach Zugrundegehen der Haare an Zahl und Ausdehnung erheblich zuzunehmen.

Für die klinisch so auffallenden Erscheinungen des langsamen Wachsens der Haare, ihrer Dicke, Borstigkeit, feinen Kräuselung, Fettlosigkeit ist die Histologie — bis auf die für die Fettarmut verantwortlich zu machende Talgdrüsenatrophie — die Aufklärung schuldig geblieben.

Die Befunde bei den Endstadien des Prozesses, wie sie Fall 3 der histologischen Untersuchung bot, schließen sich an die von früheren Untersuchern (Schede, Ziegler, Bettmann, Kraus und Wälsch) bei Hypotrichosis resp. Alopecia congenita erhobenen an. Die Befunde dieser Autoren im einzelnen wiederzugeben, würde zu weit führen, erübrigt sich auch durch Wälschs kritische Zusammenstellung seiner eigenen Ergebnisse mit denen der früheren Untersucher, auf welche ich hier verweise. Meine eigenen Untersuchungen zeigen neben weitgehender Übereinstimmung auch manche Abweichungen von den Befunden der genannten Autoren. Diese Abweichungen beruhen zum großen Teil darauf, daß meine Untersuchungen an früheren Stadien gemacht werden konnten, während noch wohlerhaltenes Haar vorhanden und der Ausfall erst im Beginn war. Dagegen betrafen die Untersuchungen der früheren Forscher durchweg Fälle, in denen nach Ausfall der ersten kindlichen Lanugo niemals oder, wie in dem einen von Bettmanns Fällen, nur vorübergehend Haar vorhanden gewesen war; also mehr oder weniger abgelaufene Fälle.

Übereinstimmend finden alle Untersucher auch die von mir geschilderten epithelialen Sprossungen und Knospenbildung der Stachelschicht des Haarbalges, und zwar vorzugsweise in seinem mittleren Drittel. Diese epithelialen Wucherungen kommen bekanntlich bei einer ganzen Reihe pathologischer Prozesse vor und wurden von Esoff in seinen speziell auf diesen Punkt gerichteten Untersuchungen der verschiedensten Stellen normaler Haut auch in der gesunden Haut häufig gefunden. Er unterscheidet zwei Gruppen solcher Fortsätze. Einmal solche, die unabhängig vom M. arrector pili sind, an der ganzen Oberfläche des Haarbalges entspringen können und sekundäre Auswüchse treiben, die zur Bildung von Haaren dienen, wie durch die Anwesenheit eines Haarschaftes in ihnen bewiesen wird. Am Mons Veneris beobachtet Esoff die Bildung mehrerer Auswüchse an einer äußeren Wurzelscheide, deren jeder an seinem Ende eine von konzentrischen Hornplatten gebildete Perle trägt, die von mehreren Schichten epithelialer Zellen umgeben ist. Esoff spricht diese Bildungen als rudimentäre Haarbildungen, die Perlen als rudimentäre Haare an. Die zweite Gruppe von Auswüchsen ist durch den Sitz an der Insertionsstelle des M. arrector charakterisiert, wo sich häufig eine Hornperle findet. Aus dieser zweiten Gruppe von Fortsätzen sah Esoff niemals Haare hervorgehen. Diese an normaler Haut erhobenen Befunde lassen die Wucherungstendenz des Haarbalgepithels in unseren Fällen

Digitized by Google

nicht als eine pathologische schlechthin, sondern nur als eine pathologisch gesteigerte und veränderte erkennen, insofern als es zur Haarneubildung nicht mehr oder nur ganz ausnahmsweise kommt. Auch Bettmann, Kraus und Wälsch fanden Epithelhaufen und -stränge von unregelmäßiger, oft ganz bizarrer Gestalt in den obersten Schichten der Kutis. Während in meinen Fällen der Zusammenhang dieser epithelialen Gebilde mit dem Deckepithel bei genauer Untersuchung fast immer nachzuweisen war, gelang dies den angeführten Autoren nicht, man kann wohl sagen nicht mehr, weil die Rückbildungsvorgänge in ihren Fällen schon bedeutend weiter vorgeschritten waren als in den meinen. So ließen sich auch die von Ziegler, Bettmann und Kraus geschilderten zystische Erweiterung von Haarbälgen und Talgdrüsenausführungsgängen, die mit hornigen, teils zwiebelschalenartig geschichteten Massen erfüllt sind, bei meinen jüngeren Fällen nicht nachweisen; nur in dem abgelaufenen Fall der ältesten Schwester war eine solche Zyste zu finden.

Wie eingangs erwähnt, wurde die Anomalie des Haarwuchses bei zahlreichen Mitgliedern einer großen Familie beobachtet. Diese Familie ist im nördlichen Teil der Provinz Hannover ansässig, wohin der Stammvater Dr. . . . im Jahre 1745 von Mecklenburg aus einwanderte. Er ist der Vater des im Stammbaum als erste Generation verzeichneten Mitgliedes und ist nach der Familienüberlieferung ebenfalls haarkrank gewesen. Die Familie erwies sich als ein besonders günstiges Objekt der Familienforschung wegen des Kinderreichtums der Einzelfamilien, der Langlebigkeit ihrer Mitglieder, ihrer sorgsam gepflegten Familientradition und nicht zum Mindesten wegen ihrer Seßhaftigkeit als Kleinbauern. Die Haararmut findet sich überlieferungsgemäß in der 7., nachweislich in der 4. Generation bei beiden Geschlechtern in gleicher Häufigkeit. Von den 27 von mir untersuchten — im ganzen sind es 62 — haarkranken Mitgliedern dieser Familie waren 8 männlichen, 19 weiblichen Geschlechts. Es standen

im	1.	Lebensjahrzehnt	3 Patienten
„	2.	„	4 „
„	3.—7.	„	14 „
„	8.	„	4 „
„	9.	„	2 „

Der Stammbaum zeigt, daß der Vererbungsgang des Leidens der der regelmäßigen Dominanz ist. Es findet sich kein einziger Fall, in dem von einem gesunden Elter ein krankes Kind abstammt, sondern der Grundsatz der dominaten Vererbung: „Einmal frei, für immer frei", ist mit strengster Konsequenz durchgeführt. Keine Geschlechtsbegrenzung oder Geschlechtsgebundenheit, sondern die Vererbung geschieht in gleicher Weise vom Vater wie von der Mutter auf Söhne wie auf Töchter. Verwandtenehen sind in der Familie niemals vorgekommen.

Verschiedentlich findet sich in der Literatur der Hinweis auf den familiären Charakter der angeborenen Haararmut. So beobachtete sie:

Schede bei zwei Geschwistern,

Miclucho-Maclays bei Mutter und zwei Kindern,

Hutchinson bei Mutter und einem Kind,

Digitized by Google

Abrahamm bei Mutter und zwei Kindern,
Pinkus bei Vater und Sohn,
Bettmann bei zwei Brüdern,
Kraus bei vier Geschwistern und
Baer bei vier Geschwistern.

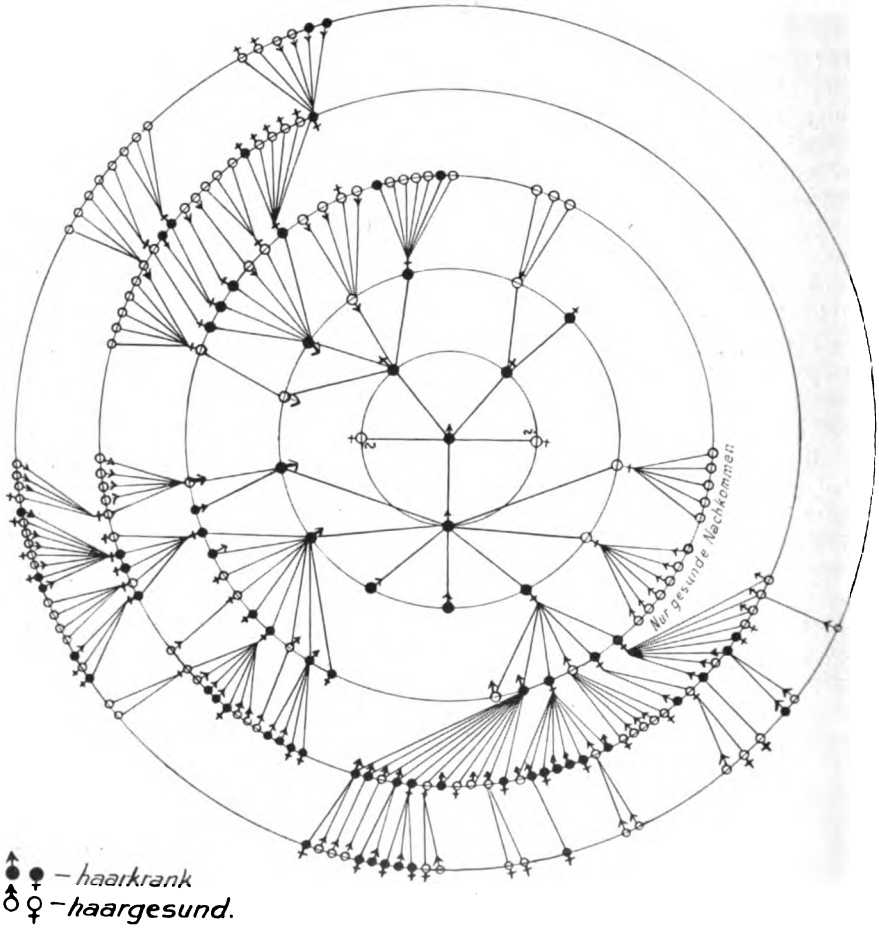


Abb. 8. Stammbaum.

Aber nur in drei Fällen, soweit ich die Literatur überblicken kann, ist es zur Aufstellung eines Stammbaumes gekommen. Da ist zunächst der bekannte und oft zitierte Stammbaum der Familie Bollenbach, der vier Generationen umfaßt. Erstmalig von Waldeyer 1884 veröffentlicht, haben Eugen Fischer und Plate ihn vom vererbungswissenschaftlichen Standpunkt aus genau durchgearbeitet. Er bietet der Erklärung mancherlei Schwierigkeiten. Plate nimmt rezessiven Erbgang an, da die Familien, in denen das Leiden gehäuft auftrat, aus Verwandtenehen hervorgegangen

Digitized by Google

sind. Mit der Annahme der Rezessivität sind aber nicht alle Schwierigkeiten gelöst. Siemens deutet den Vererbungsgang als unregelmäßig dominant.

Sehr bekannt sind auch die Fälle von Wechselmann und Löwy mit einem drei Generationen umfassenden Stammbaum. Der Erbgang ist rezessiv; außerdem zeigt er Geschlechtsabhängigkeit, indem das Leiden nur im männlichen Geschlecht auftritt, aber durch die Frauen vererbt wird. In diesen Fällen ist die Hypotrichose mit einer Reihe anderer Hemmungsbildungen vergesellschaftet, vor allem vollkommenem Fehlen der Schweißdrüsen, ferner gänzlicher Zahnlosigkeit, Ozäna, Sattelnase, Mißbildung der Ohrmuscheln und Intelligenzdefekt. Mehrere analoge Fälle von „Ectodermal Defect" haben Mc Kee und Andrews neuerdings veröffentlicht; auch sie betonen das familiäre Auftreten der Anomalie. Einen Stammbaum konnten sie leider nicht aufstellen.

Dagegen gibt Petersen einen vier Generationen umfassenden Stammbaum von „kongenitaler, familiärer hereditärer Alopezie". Er beobachtete in der Dermatologischen Klinik in Kopenhagen vier Fälle: Vater und drei Kinder. Der Großvater väterlicherseits und ein Bruder des Vaters waren ebenfalls haararm, ebenso zwei Schwestern des Großvaters. Leider ist der Stammbaum nicht genau durchgeführt und nicht angegeben, ob von den gesunden Mitgliedern auch immer nur gesunde Nachkommen abstammen; aber auch in dieser fragmentarischen Form läßt er den Schluß auf dominante Vererbung zu.

Auf den Wechselmannschen und Waldeyer-Fischerschen Fällen beruht die Angabe der Lehrbücher der Vererbungswissenschaft, daß es sich bei der Hypotrichose meist um ein rezessives Leiden handelt. Petersens und meine Fälle beweisen, daß eine Hypotrichose ohne Nagel- und Zahnmißbildung auch dominant vererbt wird. In diesem Zusammenhange gewinnt der familiäre Charakter auch der oben zitierten Fälle (Miclucho-Maclays, Hutchinson usw.) von reiner Haararmut ohne Zahn- und Nageldefekt an Interesse, wenn die Fälle allein betrachtet auch viel zu gering an Zahl sind, um bindende Schlüsse auf den Vererbungsmodus zu gestatten.

Noch ein Wort über die Ätiologie. Angesichts des Stammbaumes unterliegt es keinem Zweifel, daß es sich um eine keimplasmatisch bedingte Anomalie handelt, und zwar um eine isolierte Minderwertigkeit sämtlicher Haaranlagen. Die Ursache für die Haarmißbildung in einer ebenfalls keimplasmatisch bedingten Störung der inneren Sekretion zu suchen, liegt kein Anlaß vor. Es hätten sich dann auch andere konstant wiederkehrende Symptome, die in diese Richtung deuten, finden lassen müssen. Alle dahingehenden Untersuchungen haben aber außer einer Thyreotoxikose bei einer Patientin nichts ergeben. Im Gegenteil handelt es sich, wie oben erwähnt, um einen besonders kräftigen Menschenschlag, wofür schon die Tatsache spricht, daß von meinen 27 haarkranken Pat. 6 über 70 Jahre alt und voll arbeitsfähig sind. Therapeutisch ist außerdem sowohl von mir als auch von anderer Seite versucht worden, durch Organpräparate einen Einfluß auf das Haarwachstum zu gewinnen. Immer vergebens. Und selbst wenn ein Einfluß erzielt würde, wäre solch ein Erfolg noch nicht beweisend für eine endokrin bedingte Störung, sondern die eventuelle Wir-

Digitized by Google

kung des zugeführten Hormons ließe sich ebensogut als unspezifische Reizwirkung auf die Haaranlage deuten, wie eine solche in dem oben beschriebenen Falle auch durch Röntgenbestrahlung ausgeübt wurde. Ein rückläufiger Schluß auf die Ätiologie ex juvantibus wäre nur dann zwingend, wenn in solchen Fällen, in denen noch entwicklungsfähige Haaranlagen vorhanden sind, unter dem Einflusse von Organpräparaten sich ein dauernder Haarbestand von normaler Beschaffenheit entwickelte.

Zusammenfassung.

Beobachtung einer in sieben Generationen auftretenden dominant vererbten Hypotrichose bei 27 Mitgliedern derselben Familie. Die Hemmungsbildung erstreckt sich auf alle Haaranlagen. Die Haare sind auch qualitativ verändert. Zähne und Nägel normal. Das histologische Bild der Kopfhaut zeigt starke Proliferation der Stachelschicht des Deck- und Haarbalgepithels und wohl damit zusammenhängenden Zerfall und Untergang der Haare und Haarbälge.

Literatur.

Baer, Th., Zur Kasuistik der Hypotrichosis congenita familiaris. Arch. f. Derm., Bd. 84, S. 15. — Bettmann, Über angeborenen Haarmangel. Arch. f. Derm., Bd. 60, S. 342. — Esoff, Johannes, Beitrag zur Lehre von der Ichthyosis und von den Epithelwucherungen bei derselben nebst Bemerkungen über den Haarwechsel. Virch. Arch., Bd. 69, S. 417. — Fischer, Eugen, Ein Fall von erblicher Haararmut und die Art seiner Vererbung. Arch. f. Rassenhyg. u. Gesellschaftsbiol., Jahrg. 7, S. 50. — Kraus, Alfred, Beiträge zur Kenntnis der Alopecia congenita familiaris. Arch. f. Derm., Bd. 66, S. 369. — Mac Kee and Andrews, Congenital Ectodermal Defect. Arch. of Derm. a. Syph., Bd. 10, S. 673. — Petersen, Hjalmar, Kongenitale, familiäre, hereditäre Alopezie auf der Basis eines Hypothyreodismus. Derm. Zschr., Bd. 22, S. 202. — Pinkus, Felix, Ein Fall von Hypotrichosis (Alopecia congenita). Arch. f. Derm., Bd. 50, S. 347. — Waelsch, Ludwig, Über Hypotrichosis (Alopecia congenita). Arch. f. Derm., Bd. 103, S. 1. — Wechselmann und Loewy, Zur Physiologie und Pathologie des Wasserwechsels und der Wärmeregulation seitens des Hautorgans. Virch. Arch., Bd. 206, S. 79. — Ziegler, Paul, Über Alopecia congenita. Arch. f. Derm., Bd. 39, S. 213. Hier auch die ältere Literatur.

Leukokeratosis glandis penis verrucosa et simplex.

Ein Beitrag zur Klinik und Pathogenese.

Von

Dr. T. Benedek in Leipzig.

Mit 6 Abbildungen im Text.

(Fortsetzung.)

Die Frage nach Ätiologie und Pathogenese der Leukokeratose des männlichen Genitale konnte auf Grund der vorliegenden, kleinen Kasuistik nicht restlos geklärt werden. Fehlen uns doch Daten über den Verlauf der Leukokeratose im allgemeinen, ferner über den Zusammenhang der Leukokeratose mit dem Epithelioma einerseits, mit der Kraurosis andererseits. Nicht ganz klar ist die Rolle der Lues, des Diabetes mellitus, als ätiologisches Moment in der Entstehung dieser Affektion.

Digitized by Google

Es hat mich außerordentlich interessiert, nachzuforschen, wie es eigentlich möglich ist, daß ein Krankheitsbild, wie das der Leukokeratose, scheinbar so plötzlich in der Literatur auftauchen kann, ohne daß man darüber in der Literatur der vorangegangenen Zeiten etwas hätte finden können, obwohl die Affektionen: Phimosis — angeboren und erworben —, die verschiedenen Balanitiden von jeher gut bekannt waren. Man kann an zwei Möglichkeiten denken. Erstens, daß das Krankheitsbild in vergangenen Zeiten etwa unter einer anderen Etikette bekannt war, oder zweitens, daß es tatsächlich in manchen Ländern überhaupt nicht vorkam. Hier möchte ich nur auf die Tatsache hinweisen, daß z. B. eine Dermatose: die Prurigo Hebrae in Nordamerika fast überhaupt nicht vorkommt.

Was meine erste Annahme anbetrifft, so habe ich interessante und wertvolle Daten in der alten und ältesten Literatur gefunden.

Die alten Forscher: HUNTER (10), RICORD (11), FOURNIER (12), von den späteren TAYLOR (13), haben eine Affektion der Glans penis gekannt, die sie unter den Namen „Balanitis chronica" beschrieben haben. Nach der meisterhaften Schilderung dieses Krankheitsbildes von FOURNIER kann kein Zweifel darüber bestehen, daß unsere heutige Leukokeratosis glandis penis mit der „Balanitis chronica" der alten Autoren identisch ist.

Nach FOURNIER (l. c.) gibt es unter den chronischen Balanitiden eine interstitielle oder tiefe Form, die — sehr oft — auf einen Teil der Glans begrenzt bleibt, die aber durchaus die ganze befallen kann. Im Falle, wo die ganze Eichel affiziert ist, wird die epidermale Decke injiziert, treten Verästelungen auf; sie ist besät mit dunkelroten Punkten, die Papillen ragen hervor; dann, was die allerwichtigste Erscheinung ist, verhärtet sich die epidermale Decke in der ganzen Ausdehnung ihrer Oberfläche, die Eichel erscheint jetzt wie mit einer Pergamentkappe (calotte de parchemin) überzogen, die unter dem Finger Widerstand leistet oder sich falten läßt wie ein Pergamentblatt; ihre Oberfläche ist uneben, chagriniert, trocken, mit kleienförmigen Schuppungen bedeckt und nicht unähnlich der Ichthyose; manchmal, namentlich auf den durch das Präputium bedeckten Stellen ist sie auch feucht, rissig, durchfurcht von feinen Spalten oder von unregelmäßigen Ulzerationen, ähnlich der oberflächlichen Balanitis.

RICORD (l. c.) sah das Bild der Balanitis chronica vorzüglich bei „Flechtenkranken" (dartreux), ein Begriff, der leider nicht näher erörtert wird.

Die Berechtigung für die Annahme der Identität der beiden Krankheitsbilder — Balanitis chronica und Leukokeratosis glandis — wird nach der Schilderung englischer Autoren z. B. TAYLORS (l. c.), der über die Klinik der Balanitis chronica ein ähnliches Bild wie FOURNIER entwirft, noch stichhaltiger. TAYLOR bemerkt nämlich, daß diese Affektion im allgemeinen jenseits der 30er Jahre, eher noch im 4.—5. Jahrzehnt auftrete — was außerordentlich wichtig ist — häufig zu maligner Entartung führe. Als Krankheitsursache wird hauptsächlich auf die entzündungserregende Wirkung der zersetzenden Sekrete im Vorhautsack hingewiesen.

Digitized by Google

Über das Krankheitsbild der Leukokeratose finden wir sehr spärliche Hinweise bei den Altmeistern der deutschen Dermatologie. Ferdinand v. Hebra (14), erwähnt zwar in seinem Lehrbuch in dem Kapitel „Keratose der Haut ohne Erkrankung des Papillarkörpers", daß . . . „die Schwiele in den meisten Fällen durch äußere Einflüsse hervorgerufen ist, wiewohl man Gelegenheit hat, auch idiopathische, durch keine bekannte innere Momente erzeugte Schwielenbildungen zu beobachten und das an Stellen, wo gewiß kein äußerer Druck einwirken konnte wie an der Glans penis (von mir gesperrt)". Vortrefflich fügt er ferner hinzu, daß sich diese „Schwielen" an der Glans penis gewöhnlich von den durch Druck entstandenen Schwielen durch ihre mehr unebene, höckrige Oberfläche, ihr dunkles Kolorit und ihre Tendenz zu peripherer Ausbreitung unterscheiden. Fr. v. Hebra unterstreicht die Unrichtigkeit jenes Vorganges, daß derartige Epidermidalverdickungen zu den Hauthörnern (Cornu cutaneum) gezählt werden.

Kaposi (15) weist auch nur kurz in seinem Lehrbuch unter „Keratosen" darauf hin, daß die Schwielenbildungen auch an der Glans penis vorkommen können.

Es liegt sehr nahe anzunehmen, daß beide Forscher ein Krankheitsbild im Sinne hatten, das wir heute unter dem Begriff der Leukokeratose zusammenfassen.

Dann finden wir lange keine Daten über dieses Krankheitsbild in der Literatur.

Chronologisch fand ich die älteste Mitteilung, in der das erstemal ein Hinweis auf eine mögliche Analogie mit der Leukoplakie der Mundhöhle gemacht wird, bei dem französischen Autor Pérrin (16), aus dem Jahre 1892, zugleich die erste französische Mitteilung über Leukokeratose am männlichen Genitale. Von französischer Seite folgen dann Be-Beobachtungen von Pérrin und Leredde (17), Auché und Binaud (18), LeDentu (19), Dubreuilh (20), Pellier (21).

Der erste Fall von Leukokeratose der Glans penis mit dem Hinweis auf die Identität des Krankheitsprozesses der Leukoplakien der Mundhöhle wurde von Kraus (4) erst 1907 mitgeteilt. Nach ihm haben in der deutschen Literatur Kopp (22), Brandweiner (23), Fuchs (5), Pflanz (6), Delbanco (24), Galewsky (7), Heller (8) und Bohač (9) ihre Beobachtungen niedergelegt. Der Fall, den Grühndahl (25) unter dem Titel „Keratosis der Glans penis" beschrieb, gehört wohl nicht hierher, weil es sich dort um ein typisches Hauthorn (Cornu cut.) handelt, ein Bild das wir heute mit Unna (26), Jadassohn (27), Darier (28) als Keratoma, d. i. eine ganz zirkumskripte Keratose mit Hypertrophie betrachten.

Aus anderen Ländern liegen nur ganz vereinzelte Beobachtungen vor, so von Paramore (29), Mazza (30), Piccardi (31), Aja (32), André Meyer (33).

Da ich in der letzten Zeit drei einschlägige Fälle in meiner Praxis zu beobachten Gelegenheit gehabt hatte, die Fälle längere Zeit kontrolliert wurden und die leukokeratotische Affektion in allen 3 Fällen histopathologisch untersucht werden konnte, nehme ich die Veranlassung zum neuerlichen Aufrollen der Frage, da meine Resultate — glaube ich —

Digitized by Google

über Entstehung und Verlauf der Leukokeratose die bisherigen Ergebnisse ergänzen können. Bevor ich aber auf meine eigenen Beobachtungen und auf die aus den histologischen Befunden gezogenen Resultate eingehen sollte, halte ich es für angebracht, die in- und ausländischen Literatur niedergelegten Fälle kurz zu besprechen, um die Resultate der wenigen Autoren mit den meinigen in Beziehung setzen zu können.

Von Interesse ist hierbei das Alter der beobachteten Fälle, die Pathogenese (Balanitis erosiva, Balanoposthitis, angeborene und erworbene Phimose, andere thermale und chemische Schädlichkeiten), Ätiologie (inwieweit Lues, Diabetes in Betracht kommt) und der beobachtete Zusammenhang zwischen Leukokeratose und Epithelioma einerseits und Kraurosis andererseits.

Historisch nicht uninteressant ist die Tatsache, daß der größte Teil der kleinen Kasuistik vorwiegend von deutschen Autoren stammt, wenngleich den ersten Fall Péerin schon 1892 publizierte und Kraus — der erste deutsche Autor — seinen Fall erst 1907 veröffentlichte. Neben den deutschen Autoren haben sich hauptsächlich Franzosen um die Kenntnis der in Rede stehenden Affektion verdient gemacht. In Italien scheint die Affektion sehr selten zu sein (Mazza, Piccardi mit je einem Fall), während in den Ländern englischer Zunge die Leukokeratose des Penis ganz unbekannt zu sein scheint, worauf man wohl aus dem Umstand schließen darf, weil in den einschlägigen Zeitschriften und sogar in den großen Handbüchern der letzten Jahre davon gar keine Erwähnung getan ist.

Aus dem Alter der Patienten der Veröffentlichungen kann man auf die Entstehung der Leukokeratose keine Schlüsse ziehen; der Jüngste war 22 Jahre alt (Fall Brandweiner) und von da an sind Fälle jeder Altersstufe vertreten, bis weit in die 60er Jahre hinein. Allerdings muß man bemerken, daß die meisten Fälle doch zwischen 30—50 Jahren zur Beobachtung kamen; Dubreuilh setzt das Durchschnittsalter der Patienten auf 50 Jahre.

Bisher sind 22 Autoren mit nur 35 Beobachtungen vertreten. Ordnet man dieses Material, um einige feste Gesichtspunkte in bezug auf Ätiologie und Pathogenese der leukokeratotischen Affektion des Penis zu gewinnen, dann fällt es vor allem auf, daß in $^2/_3$ der Fälle (22 unter 35 Fällen) eine angeborene oder eine seit vielen Jahren bestehende erworbene Phimose vorhanden war. In 4 Fällen ist eine Balanitis erosiva als Ursache angegeben, während in den Restfällen (9mal) über die Pathogenese jede Angabe fehlt. Neben Phimose oder Balanitis ist die Lues 7mal als vorhanden angegeben, ohne daß dem mehr oder minder langen Bestehen der Syphilis ein entscheidender Einfluß auf die Entstehung der Affektion beigemessen worden wäre. Fälle, wo vielleicht eine Balanitis diabetica als pathogenetisches Moment voraufgegangen wäre, sind nicht bekannt geworden.

Der größte Teil des vorliegenden Beobachtungsmaterials ist histopathologisch sehr gründlich untersucht worden, so namentlich von Péerin und Lereddе, Kraus, Fuchs, Pflanz, Galewsky, Delbanco, Heller u. a. Was das histopathologische Bild anbetrifft, so stimmen die Befunde

Digitized by Google

der Autoren im großen und ganzen miteinander überein, soweit es sich um den epidermidalen Anteil der Affektien handelt: ein ganz normales St. basale, bestehend aus zumeist zylindrischen Zellen, die die Epidermis gegen die Kutis scharf abschließen; auf diese Zellenschicht folgt das Rete spinosum, bestehend aus hypertrophischen und hyperplastischen, die Norm um mehr als 6—8—10 Reihen überschießenden Zellenlagen; anschließend findet sich das St. granulosum mit großen, abgeplatteten, mit Keratohyalin überladenen, mit der horizontalen Achse parallel der Oberfläche liegenden Zellenlagen, die schließlich mit einer mehr oder minder mächtigen, teils lamellösen, teils kompakten — kernhaltigen und kernlosen — Hornmasse überlagert werden.

Was ferner die Kutis und Subkutis anbetrifft, so kann man die einschlägigen Befunde in 3 Gruppen unterbringen. Einigkeit herrscht hier auch insoweit, daß ein mehr oder minder reichliches Infiltrat als Zeichen einer chronischen Entzündung stets vorhanden ist. Um so bedeutender sind aber die Gegensätze und die Unterschiede in den Befunden in bezug auf das Verhalten des Bindegewebes, der Elastika, der Papillen.

1. Ist ein totaler Schwund der Elastika verzeichnet worden (Del Banco, Galewsky), wodurch das histologische Bild mit dem der Kraurosis vulvae ähnlich wird.

2. Haben mehrere Autoren (Kraus, Fuchs, Pflanz u. a.) teils eine Neubildung des Bindegewebes, teils einen unveränderten Zustand desselben, teils endlich eine ausgesprochene, fortschreitende und fortgeschrittene Sklerose der Elastika gefunden, wodurch diese Fälle histopathologisch eine Zwischenstellung zwischen dem Bilde der Kraurosis und der Fälle der

3. Gruppe bilden; in diesem Falle ist keine Spur von Sklerose des Bindegewebes, von einem Schwund der Elastika: es ist eine mächtige Hypertrophie und Hyperplasie sämtlicher Elemente mit einem mehr oder minder großen chronisch-entzündlichen Infiltrat, das sogar auf den epidermidalen Anteil des Prozesses übergreift (Fall von Heller).

Heller (8) hat als erster an der Hand seiner histologischen Resultate bei einem Falle von Leukokeratosis praeputii die Vermutung ausgesprochen, daß in der Pathogenese der Leukokeratosis glandis et praeputii das mechanische Moment als ausschlaggebend zu betrachten sei. Er stützt seine Hypothese darauf, daß so weite und ektatische Gefäße an keiner Stelle der Kutis und Subkutis gefunden worden sind, wie eben unter den leukokeratotischen Partien.

Die Autoren legten bisher wenig Wert auf die Feststellung dieser Verhältnisse, die systematisch beobachtet, sicherlich eine weite Förderung der Frage nach der Ätiologie gezeitigt hätten.

Die meisten Autoren haben nämlich den Hauptwert auf rein äußerliche Momente gelegt, ohne nach einer tieferen Erklärung in der Pathogenese zu suchen. Kraus führt als pathogenetisch wichtig die chronisch-entzündlichen Prozesse (Katarrh, Balanoposthitis) auf, infolge derer mehr oder weniger intensive pathologische Veränderungen im oberflächlichen, epithelialen Teil der Schleimhäute entstünden. Der chronisch-entzündliche Zustand führt dann gelegentlich in ein präkanzeröses Stadium über.

Digitized by Google

Kraus will in seinem Falle eine Rolle der hochgradigen Austrocknung der Glansoberfläche nach der Phimotomie beimessen, die die konsekutive Hyperkeratose ausgelöst haben soll. Ebenso mißt er eine pathogenetische Rolle des bestehenden Pruritus, Reibung usw. bei. Ähnlich sind die pathogenetischen Ansichten von Fuchs. Pflanz charakterisiert den leukokeratotischen Prozeß als Entzündungsprozeß mit Hypertrophie des Epithels, der dann mehr oder weniger langsam in einen atrophischen Zustand übergeht.

Galewsky hebt in allen seinen 6 Fällen die hochgradige Verengerung des Präputiums hervor. Von besonderer Wichtigkeit ist seine Feststellung, daß die Affektion in allen Fällen mit Verdickung und Verhärtung begann, es bildete sich eine Vermehrung der Hornschicht, bis die Haut allmählich atrophisch wurde.

Ebenso weist Fuchs neben einem mehr oder minder vollkommenen Schwund des elastischen Gewebes in den erkrankten Partien auf das charakteristische Verhalten der Epidermis hin. Sie zeigte teils eine exzessive Hypertrophie — Akanthose, Hyperkeratose, Parakeratose —, bald das Bild der zum höchsten Grade gediehenen Atrophie.

Je nach dem zeitlichen Bestehen der beobachteten Fälle zeigt das histologische Bild im epidermidalen Anteile: Hypertrophie — beginnende Atrophie — völlige Atrophie. Ähnlich verhält sich auch die Elastika in der Kutis und Subkutis.

Eine fast völlige Analogie finden wir im histologischen Bilde bei der Kallositas (Schwiele) und — mutatis mutandis — beim Clavus (Hühnerauge). Durch Druck — durch einen anfänglichen milden Reiz — entsteht — wohl durch primäre Erweiterung der kutanen und subkutanen Gefäße — eine Stauung, dadurch ein stärkerer Austritt der ernährenden Gewebsflüssigkeit, die zu einer besseren Ernährung der Epidermis führt und dadurch wohl den ersten Anstoß zur Hyperkeratose gibt. Beim Clavus sehen wir, daß das zentrale Epithellager infolge des eindringenden Hornzapfens und mittels des steigenden Druckes erst zusammengepreßt, dann verschmälert, eventuell dauernd atrophisch wird.

Analoge Verhältnisse findet man auch im histologischen Bilde des Cornu cutaneum (Hauthorn). Unter dem Hauthorn befindet sich ein selten normales, meist hypertrophisches, mitunter atrophisches Epithelzellenlager, und die Blutgefäße sind unterhalb des Cornu cut. auch meist erweitert. Hier kehrt also die Gesetzmäßigkeit der biologischen Reizwirkung wieder: kleine Reize verursachen eine Hypertrophie, dauernde große Reize (wie im Falle der Kallositas, Clavus, Cornu cut.), hier als Druckwirkung, eine mehr oder minder fortgeschrittene Atrophie. Dabei ist hier überall eine mehr oder minder große kleinzellige Infiltration im Bindegewebe als Zeichen einer chronisch-entzündlichen Irritation vorhanden.

Diese Parallelen lassen sich ohne Zwang auf die histologischen Verhältnisse der Leukokeratosis glandis penis et praeputii anwenden. Wir haben eingangs betont, daß in $^2/_3$ aller bisher beobachteten Fälle von Leukokeratosis penis eine mehr oder minder hochgradige, angeborene oder erworbene Phimose bestand. Daß diese Koinzidenz: Phimose — Leukokeratose keine zufällige ist, muß uns ohne weiteres einleuchten.

Digitized by Google

Wir erachten den Druck und Gegendruck zwischen Präputium und Glans penis bei einer fortschreitenden oder fortbestehenden Verengerung als den wichtigsten, auslösenden pathogenetischen Faktor. Daß nebenbei herlaufende Prozesse (Balanitis, Balanoposthitis) mitwirken und ihren Ausdruck im histologischen Bilde haben hönnen, beeinträchtigt unsere Annahme nicht. Rein subjektive Momente, wie KRAUS u. a. es meinen, z. B. Jucken, Brennen, Reibung usw. können zwar eben ein subjektiver Ausdruck des bestehenden pathologischen Prozesses sein, aber kein pathogenetischer.

Auf Grund der histologischen Befunde in meinen 3 Fällen und der vorstehenden Ausführungen finde ich die Annahme von HELLER bestätigt, daß wir in der Leukokeratosis glandis et praeputii penis mit einer Art Schwielenbildung zu tun haben.

Diese entschiedene Annahme der Druckwirkung als pathogenetischer Hauptfaktor scheint zwar mit jenen klinischen und histologischen Beobachtungen in Widerspruch zu stehen, die einen unbedingten Zusammenhang zwischen der Leukokeratose penis und der Kraurosis vulvae behaupten. Es muß ohne weiteres zugegeben werden, daß unsere begründete Annahme über die Enstehung der Leukokeratosis glandis et praeputii penis auf die ähnlichen Prozesse der weiblichen Genitalien nicht anzuwenden sind. Hier muß man aber gleich darauf hinweisen, daß die Ätiologie der Leukoplakia oris auch nicht einheitlich ist, obwohl hier Druckwirkung (Bisse in der Interdentallinie, schlechte Zähne, abgebrochene Zahnwurzel) ebenso mit im Spiele ist. Es ist übrigens aus der allgemeinen Pathologie bekannt, daß eine Ursache verschiedene klinische Erscheinungen hervorrufen kann, z. B. die Spirochaeta pallida — syphilitische Erscheinungen, und daß verschiedene Ursachen ein gleiches klinisches und histologisches Bild hervorrufen können, wie z. B. die Gewebsläsion der Tuberkulosebazillen — der Leprabazillen und der seltenen Mykosen (Sporotrichose, Hemisporose, usw.), die voneinander sehr oft überhaupt nicht zu unterscheiden sind.

Eine Analogie zwischen der Leukokeratose und Kraurosis der männnlichen und weiblichen Genitalien ist unzweifelhaft. Französische Autoren (PÉRRIN, MONOD, MAGONDEAU u. a. [34]) haben sich mit dem leukokeratotischen Prozesse am weiblichen Genitale eingehend beschäftigt und darauf hingewiesen, daß diese Affektion mit Vorliebe in maligne Entartung überzugehen pflegt.

v. FRANQUÉ (35) betont auch die Gleichartigkeit der Vaginalleukoplakie und der Leukokeratosis penis. Sowohl klinisch wie histologisch haben beide Prozesse die größte Ähnlichkeit. Nach seiner Ansicht wird durch irgend einen mechanischen Insult ein Juckreiz ausgelöst, der durch Kratzen zu einem entzündlichen Infiltrat führt, aus dem dann sekundär die Wucherung des Epithels mit Verdickung der obersten Schichten hervorgeht und eine starke Tendenz zu maligner Degeneration zeigt.

Die von BREISKY (36), JANOVSKY (37), RILLE (38) u. a. eingehend studierte Kraurosis vulvae weist einen Zusammenhang mit den leukokeratotischen Prozessen der weiblichen Genitalien einerseits, mit einer entschiedenen Tendenz zur karzinomatösen Degeneration andererseits auf. Besonders PÉRRIN (l. c.) weist darauf hin auf Grund mehrfacher Be-

Digitized by Google

obachtungen und histologischer Untersuchungen, daß die leukokeratotischen Prozesse und die Kraurosis vulvae nur verschiedene Stadien desselben Prozesses seien.

Die histologischen Befunde der einzelnen Autoren bei der Kraurosis vulvae sind durchaus nicht einheitlich: Rille fand das Str. corneum verbreitert, das Rete Malpighi normal oder etwas verdünnt, die Papillen sehr niedrig oder auch ganz fehlend, den Papillarkörper von narbenähnlicher homogener Beschaffenheit, ähnlich das Korium. Die Papillen und oberen Kutisschichten, mitunter auch das Rete erscheinen kleinzellig infiltriert, die Schweiß- und Talgdrüsen fehlend, das elastische Gewebe degeneriert, elastische Fasern in den Papillen und oberen Kutislagen nicht oder kaum nachweisbar; ein Bild der bis zum höchsten Grade gediehenen Atrophie; dagegen heben andere Autoren, Heller (39), Neumann (40) u. a., eben die Hypertrophie und Hyperplasie einzelner Schichten der Epidermis und Koriums hervor.

Delbanco betont in seinen 3 Fällen von Kraurosis penis als Hauptsymptome die Abplattung der Stachelschicht, Ödem des Bindegewebes Veränderung und Schwund der elastischen Fasern, entzündliche Neubildungsvorgänge um die Gefäße. Er möchte seine Fälle von dem Bilde des leukokeratotischen Prozesses vollkommen abgetrennt wissen.

In den sechs von Galewsky (l. c.) beobachteten Fällen handelt es sich um einen scheinbaren hyperkeratotischen, jedenfalls entzündlichen Prozeß, welcher zur Atrophie der Haut führte. Galewsky hält seine Fälle den Delbancoschen am nächsten.

Inwieweit die Lues als ätiologischer Faktor in der Entstehung der Leukokeratose am männlichen Genitale eine Rolle spielt, ist vorläufig wegen des Mangels an ausreichendem Beobachtungsmaterial nicht zu entscheiden. Obwohl die Syphilis in den bisher veröffentlichten Leukokeratosefällen etwa siebenmal verzeichnet ist, konnte einzig Piccardi (l. c.) in einem Falle von Leukokeratosis penis bei einem Syphilitiker den Beweis erbringen, daß die Lues mitgewirkt haben soll, da er im Bereich des leukokeratotischen Prozesses Endarteriitis obliterans feststellen konnte.

In unserem 3. Falle hat der leukokeratotische Prozeß in ätiologischer Beziehung mit Lues nichts zu tun, da die Infektion erst viele Jahre später nach dem Auftreten des genannten Prozesses eintrat.

Eine Frage ist noch zu erörtern, wie die Leukokeratosis penis mit dem Ca. penis und das letztere etwa mit angeborener oder erworbener Phimose zusammenhängen.

Die direkten Beobachtungen sind von dermatologischer Seite zur Lösung dieser Frage leider sehr gering, die auf einen direkten Zusammenhang zwischen Leukokeratose und Ca. penis hinweisen. Besonders betonen französische Autoren, Pérrin (l. c), Dubreuilh (l. c), Darier (l. c.), Besnier (41), bei uns v. Franqué (l. c), Jadassohn (41), Galewsky (l. c.), daß der leukokeratotische Prozeß ein präkanzeröser Zustand sei — ein Ca. in lokaler Potenz —, der zwar nicht immer eine maligne Degeneration erfährt, aber immerhin dahin neigt.

In der einschlägigen Literatur teilten Bohač (l. c.), Nobl (43), Iwasaki-Tokio (44), Ledermann (45), Paramore (l. c.) je einen Fall von

Digitized by Google

Leukokeratosis glandis penis mit, die in karzinomatöse Degeneration überging. Hervorzuheben ist unbedingt, daß in allen diesen Fällen eine angeborene Phimose bestand.

Von chirurgischer Seite ist überhaupt schon lange die Tatsache erkannt und anerkannt worden, daß zwischen Phimose und Ca. penis ein unleugbarer Zusammenhang besteht. DEMARQUAY (46) fand unter 62 Fällen von Ca. penis 42mal angeborene Phimose. KAUFMANN (47) fand allerdings unter 158 Fällen nur 28mal das frühere Bestehen von Phimose, HEY (48) unter 12 Fällen 9mal, RICORD (49) in 59 Fällen 12mal. GOYRAND (50) geht so weit, daß er behauptet, Ca. penis komme nur bei Leuten mit angeborener Phimose vor. Für die Annahme einer Disposition durch Phimose spricht auch die von TRAVERS (51) mitgeteilte Beobachtung, daß Peniskrebs bei Juden nicht beobachtet wurde. Von neueren Autoren fand SCHMIDT (51) in 30 Fällen 23mal angeborene Phimose.

Bei diesem Tatsachenmaterial scheint uns unumstößlich der Zusammenhang zwischen Phimose und Ca. penis zu bestehen. Leider wird die Leukokeratosis penis zu oft (so in allen meinen Fällen) nur als Nebenbefund beobachtet, wenn diese Affektion überhaupt zur Diagnose kommt; wenn dann eine karzinomatöse Degeneration bereits eingetreten ist, haben Patient und Chirurg das Hauptaugenmerk auf das Ca. Die Ergänzung unserer Kenntnisse in bezug auf den Zusammenhang zwischen Leukokeratose und Ca. penis ist von nur dermatologischer Seite kaum zu erwarten; hier muß der Chirurg mithelfen und womöglich in jedem Falle feststellen, ob das Ca. penis auf Grund einer Leukokeratose entstanden ist oder nicht; bestand eine Phimose dabei oder nicht. Nur auf diese Art werden wir einst ein klares Bild gewinnen können, wie die ungemein chronisch verlaufende Leukokeratosis penis ausklingt, wie oft im Verhältnis eine karzinomatöse Degeneration überhaupt eintritt.

Zur Frage: Leukokeratose — Kraurosis — Karzinoma lieferten vor kurzem LOUSTE, THIBAUT und BIDERMANN (53) einen wertvollen Beitrag; sie haben einen Fall von Leukokeratosis vulvae mit gleichzeitiger Kraurosis und karzinomatöser Degeneration beobachtet bei einer Frau von 41 Jahren. Es bestand eine fast die ganze Vulva einnehmende Leukokeratose; auf dem rechten großen Labium saßen mehrere, bereits erodierte markstückgroße Neoplasmen; das linke Lab. maj. und min. befanden sich in einem fortgeschrittenen Stadium der Atrophie und waren in ihren mittleren Partien fast vollkommen verstrichen.

Dieser Beitrag ist deshalb so außerordentlich wertvoll, da hier mit der Sicherheit eines Experimentes bewiesen ist, daß die 3 Erscheinungsformen: Leukokeratose, Kraurosis und Ca. auf demselben Boden entstehen und ineinander übergehen können. Leider fehlen uns ähnliche Beobachtungen vom männlichen Genitale.

Wir glauben durch vorstehende Ausführungen zur Klärung der Pathogenese des leukokeratotischen Prozesses am männlichen Genitale in dem Sinne beigetragen zu haben, daß wir wichtige Momente in der Klinik (Phimose) sowie in der Histopathologie (Gefäßektasie) hervorgehoben haben, Momente, die von den bisherigen Autoren überhaupt nicht oder nur sehr wenig berücksichtigt worden sind.

Digitized by Google

Zusammenfassend müssen wir als Resultat unserer Untersuchung feststellen:

1. Es gibt leukokeratotische Veränderungen am männlichen Genitale, die die Form einer reinen Hypertrophie und Hyperplasie haben; hierher gehören der Fall von Heller und meine Fälle 1[1]) und 2. Wir möchten die Benennung: Leukokeratose nur für die Fälle reserviert wissen.

2. Es gibt Fälle, wo der leukokeratotische Prozeß neben Hypertrophie und Hyperplasie Anzeichen einer fortschreitenden Atrophie zeigt; hierher kann man die Fälle von Kraus, Fuchs, Pflanz u. a. einreihen, Für die Fälle möchten wir die Bezeichnung von Leukosklerokeratose vorschlagen, wodurch schon im Namen die Richtung und Entwicklung des pathologischen Prozesses zum Ausdruck kommt. Hierher gehört auch mein Fall 3.

3. Schließlich bilden die Fälle von Delbanco, Galewsky eine 3. Gruppe: Kraurosis penis mit dem histologischen Bilde der völligen Atrophie.

4. Die Pathogenese der Leukokeratosis penis ist der der Schwielenbildung (Callositas) ähnlich; die Phimose — angeboren oder erworben — bildet den ätiologischen Hauptfaktor; durch den Druck entsteht Gefäßektasie, bessere Durchströmung mit Ernährungsflüssigkeit der unteren Epidermisschichten (St. basale, Rete Malpighi) mit einer dadurch ausgelösten Hypertrophie und Hyperplasie der einzelnen Schichten. Die Disposition, Konstitution spielt auch eine große Rolle. Durch den wachsenden und fortbestehenden Druck, etwa noch von anderen Momenten unterstützt, kann der Prozeß im Sinne der Leukokeratose, Leukosklerokeratose, Kraurosis sich entwickeln und schließlich eine Ca-Degeneration erleiden.

In unseren histologischen Untersuchungen fanden wir Hellers Ansicht bestätigt, und wir schließen uns derselben an.

5. Leukokeratose, Leukosklerokeratose, Kraurosis und schließlich Ca. penis liegen alle auf derselben absteigenden pathologischen Linie und stellen bloß verschiedene Etappen desselben Prozesses dar.

6. Die „Balanitis chron." ist mit der Leukokeratosis glandis penis identisch.

Literatur.

1. Schwimmer, Die idiopathischen Schleimhautplaques der Mundhöhle (Leukoplakia buccalis). Braumüller, Wien 1878. — 2. Pérrin, Les leucoplasies. 13. Congrès international de Médecine. Paris 1900. 9. Sec. de Derm., S. 464. — 3. Milian-Paris. La leucoplasie. S. 101—145; Max Joseph-Berlin, La leucoplasie, S. 388—390. In 15. Congrès intern. de Médecine, Lisbonne 1906. 8. Sec. Derm. et Syph. — 4. Kraus, Über Leukoplakia (Leukokeratosis) penis. Arch. f. Derm., 1907, Bd. 86. S. 137. — 5. Fuchs, Zur Kenntnis der Leukoplakia penis. Arch. f. Derm., 1908, Bd. 91, S. 91. — 6. Pflanz, Über idiopathische Schleimhautleukoplakien mit besonderer Berücksichtigung der Leukoplakia penis. Derm. Zschr., 1909, S. 619 u. 710. — 7. Galewsky, Über Leukokeratosis (Kraurosis) glandis et praeputii. Arch. f. Derm., 1910, Bd. 100. S. 263. — 8. Heller, Leukoplakia praeputii. Derm. Zschr., 1911, Bd. 18, S. 666. — 9. Boháč. Über Leukoplakie und Kraurosis der Schleimhaut und der Haut. Arch. f. Derm., 1911, Bd. 105,

[1]) Inzwischen habe ich den Fall 1, Alwin Sch., in der 5. Tagung Mitteldeutscher Dermatologen in Jena, am 7. Juni 1925, samt den einschlägigen histopathologischen Präparaten und Mikrophotogrammen demonstriert.

Digitized by Google

S. 179. — 10. Hunter, Maladie vénérienne avec des Notes de Ricord. Baillière & Fils, Paris 1859. — 11. Ricord, Traité pratique des maladies vénériennes. Baillière & Fils, Paris 1838. — 12. Fournier, Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, S. 520. — 13. Taylor, A practical treatise on genito-urinary and venereal diseases and syphilis. Kimpton, London, 3. Aufl., S. 243. — 14. Fr. v. Hebra, Hdb. d. spez. Path. u. Ther., 3. Bd., 2. Abt., S. 22. Enke, Stuttgart 1876. — 15. Kaposi, Path. u. Ther. d. Hautkrankh., 4. Aufl. Wien-Leipzig 1893. — 16. Pérrin, Posthite chronique d'aspect leucoplasique. Ann. de Derm. et de Syph., 1892, Bd. 3, S. 22, 3. Serie. — 17. Pérrin und Leredde, Balanoposthite chron. leucopl. Ann. de Derm. et de Syph., 1897, Bd. 12, S. 1286. — 18. Auché und Binaud, Sur un cas de leukokeratose du gland et d'épithélioma du prépuce. Bull. de l'Acad. d. Méd., 1899, Jg. 63, Bd. 42, S. 299. — 19. Le Dentu, Leukokeratose passagère du gland et du prépuce. Rev. de Chir., 1896. S. 921, Obs. 8. — 20. Dubreuilh, Leukokératose génitale chez l'homme. Ann. des mal. des org. gén.-urin., 1909, Bd. 2, S. 1201. — 21. Pellier, Leucoplasie pénienne (Kraurosis). Ann. de Derm. et de Syph., 1912, S. 349, Serie 5, 3. — 22. Kopp, Zur Frage der Natur und Behandlung der Leukoplakie der Schleimhäute. Arch. f. Derm., 1906, Bd. 84. Festschrift Neisser. — 23. Brandweiner, Sitzung d. Wien. Derm. Ges. am 21. II. 1906. Ref. Mh. f. pr. Derm., 1906. Bd. 42, S. 636. — 24. Delbanco, Verh. d. Deutsch. Derm. Ges., 1908, S. 384. — 25. Grühndahl, Keratosis der Glans penis. Inaug.-Diss, Greifswald 1894. — 26. Unna, Das Fibrokeratom. D. Zschr. f. Chir., 1880. — 27. Jadassohn. in Schwalbe-Ebsteins Hdb. f. pr. Med., 1901, Bd. 3, H. 2. — 28. Darier, Précis de Dermatologie. Paris 1923. — 29. Paramore, Epithelioma des Penis im Verein mit Leukoplakie. Brit. m. J., 1904, Bd. 2, S. 1246. — 30. Mazza, Leukokeratosis balanoprepuziale idiopathica. Sitz. v. 19. IX. 1906 in Giorn. ital. delle mal. vener., 1906, Bd. 41. S. 599. — 31. Piccardi, ibidem. — 32. Aja, Leukoplakie balanopréputiale. Mh. f. pr. Derm., 1910, Bd. 51, S. 425. — 33. Meyer, Leukoplakie balanopréputiale. Diss. Paris, Ref. M. f. pr. Derm., 1908, Bd. 47, S. 159. — 34. Zitiert nach Pflanz. — 35. v. Franqué: Leukoplakia und Ca. uteri. Zschr. f. Gyn. u. Geburtsh., 1907, Bd. 60. — 36. Breisky, Zschr. f. Heilk., 1885. — 37. Janovsky, Mh. f. pr. Derm., 1888, Hd. 7. — 38. Rille, Kraurosis vulvae. Drasches Bibl. d. ges. med. Wissenschaften. Karl Prochaska, Teschen. — 39. Heller, Zbl. f. Gyn., 1899, S. 1501. — 40. Neumann, W. kl. W., 1896, Nr. 12. — 41. Besnier, in Besnier-Kaposi: Leukokératose, Bd. 2, S. 657 u. 672. — 42. Jadassohn, in den Ann. zu Dariers Lbh. d. Hautkr., deutsche Ausg. 1912. — 43. Nobl. Leukokeratose und Karzinom. W. Derm. Ges. 1910. — 44. Iwasaki-Tokio, Leukoplakia penis mit karzinomatöser Umwandlung. D. Zschr. f. Chir., Bd. 119, Nr. 1 u. 2. — 45. Ledermann, Demonstr. Berl. Derm. Ges., Sitz. v. 13. IV. 1920. Orig.-Bericht in Derm. W., 1920, Bd. 70, S. 349. — 46. Demarquay, Maladies chirurgicales du penis. Paris 1876. — 47. Kaufmann, Zit. nach Schmidt. — 48. Hey, ibidem. — 49. Ricord, ibidem. — 50. Goyrand, Gazette des hopitaux. Paris 1856. — 51. Travers, Obs. of the local diseases termed malignant. Med. chir. Trans., Bd. 17. S. 336. — 52. Schmidt. Carcinoma penis. Inaug.-Diss., Erlangen 1889. — 53. Louste, Thibaut und Bidermann, Leucoplasie et kraurosis vulvae en dégénérescence néoplasique. Bull. de la soc. franç. de derm., 1924, S. 308.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1925, Bd. 43, H. 5/6.

Zur Kenntnis der menschlichen Schweißdrüsen, von F. Pinkus. S. 253. Verf. erläutert an plastischen Modellen die von Schiefferdecker beschriebenen menschlichen Knäueldrüsenarten. Es gibt sogenannte ekkrine und apokrine Drüsen. Erstere sondern Sekrete ohne Stoffverlust, letztere mit Stoffverlust der Zellen ab. Die ekkrinen Drusen haben meistens enge Schläuche in ihren Knäueln, färben sich mit Kernfarben dunkel,

Digitized by Google

stehen mit dem Haarfollikel in keinem Zusammenhang und münden in die Epidermis. Ihr Ausführungsgang und ihre Durchtrittsstelle durch die Oberhaut ist stark geschlängelt. Die apokrinen Drüsen besitzen viel dickere, oft stark erweiterte Schläuche, sind schlecht färbbar und münden ohne besondere Windung in den epithelialen Haarfollikel ein. Sie kommen hauptsächlich in der Achselhöhle, am Warzenhof der Brustdrüse und am Genitale vor.

Zur Polymorphie der Salvarsanexantheme (Lupus-erythematodes-ähnlicher Art), von Fr. Wirz, Derm. Univ.-Kl. München. S. 260. Nachdem die 39jähr. Pat. wegen eines lentikulären Syphilids 3,15 Neosalvarsan und 3,0 Bi erhalten hatte, erkrankte sie an einem Exanthem im Gesicht, am Hals, an Ober- und Unterarm-Streckseiten, das aus einer diffusen Rötung auf teilweise ödematöser Grundlage bestand und dichtstehende ekzematöse und lichenoide Knötchen aufwies. Einige Tage später verfärbte sich das Exanthem tiefrot an den Streckseiten der oberen Extremitäten. Die Knötchen waren zu Plaques konfluiert, die teilweise schuppten. Die Rötung nahm grauere Tönung an, die Schuppung wurde stärker, kleinlamellös. Die Lippen schwollen an und waren mit Hornschuppenauflagerungen bedeckt. Über den Backenknochen Schuppen in Markstückgröße, an den Dorsalflächen der Fingerphalangen bis auf den Nagelwall kuppenförmige Verdickungen von scheckig weiß-blauroter Farbe. Gesicht, besonders Lippen, ferner Unterarme und die Infiltrate oberhalb der Fingernägel ähnelten einem subakuten Lupus erythematodes. Völlige Heilung auf Natriumthiosulfat-Injektionen.

Ein Beitrag zur Theorie der Silbersalzwirkung, von K. von Neergaard, Derm. Univ.-Kl. Zürich. S. 266. Die sogenannten Silbereiweißverbindungen enthalten kein an Eiweiß festgebundenes, schwer dissoziierbares Silber, sondern sie stellen eine Mischung von mehr oder weniger hochdispersem, metallischem, kolloidem Silber mit molekular gelösten, gut dissoziierten und dialysablen Silberverbindungen dar. Je nach dem Präparat überwiegt die eine oder andere Form. Daher sind die klinischen Wirkungen verschieden. Wesentlich für die Wirkung der Präparate sind die in ihnen vorhandenen Schutzkolloide, die die Eigenschaften der verschiedenen Präparate außerordentlich mannigfaltig gestalten. Trifft die echt gelöste Form des Silbers mit Chloriden zusammen, so bildet sich sogleich quantitativ kolloides Chlorsilber. Bei der metallischen Form des Silbers tritt das Chlorsilber erst nach einiger Zeit auf. Die Löslichkeitsverhältnisse und die bakteriziden Eigenschaften des Chlorsilbers spielen bei der Blennorrhoetherapie eine wichtige Rolle. An zahlreichen Versuchen wird gezeigt, wie durch die Körpertemperatur, durch den Vorgang der Peptisation, die Schutzkolloide und alkalische Reaktion und Komplexsalzbildung eine echte Löslichkeitserhöhung des Chlorsilbers und damit eine Erhöhung des Dispersitätsgrades erreicht wird. Mit zunehmender Dispersität steigt die Fähigkeit der Chlorsilbersubmikronen, in die Tiefe zu wandern und ihre Wirkung auf die Gonokokken auszuüben. Die Wirkung des kolloiden Chlorsilbers ist weniger eine desinfizierende als eine mehr entwicklungshemmende. Von wesentlich größerer Bedeutung als die Dissoziationsverhältnisse der Silberverbindungen sind ihre Diffusionsgeschwindigkeiten. Kochsalz diffundiert rascher aus kolloiden Gallerten heraus als Silber hinein. Sollte Silber in das Gewebe hineindiffundieren und dort kolloides Chlorsilber in den obersten Epithellagen erzeugen, dann müßte das Konzentrationsübergewicht der Silbersalze so stark sein, daß es schwere Reizung verursachen würde. Wahrscheinlich gelangt das Silber nur als kolloides oder molekulargelöstes Chlorsilber in die tieferen Schichten. Da aber das Chlorsilber nur in beschränktem Maße löslich ist, hängt seine Tiefenwirkung von der Dauer der Einwirkung ab. Je länger die Einwirkungszeit, desto mehr Zeit hat das Chlorsilber, in die Tiefe zu diffundieren. Ein weiterer Faktor der therapeutischen Wirksamkeit ist die Fähigkeit geringer Silbermengen, die Zelltätigkeit anzuregen und dadurch eventuell eine Unterstützung der autoimmunisatorischen Vorgänge im Gewebe herbeizuführen.

Ein Merkblatt über die Bedeutung der Lumbalpunktion bei Syphilitischen nebst Bemerkungen über moderne Syphilistherapie und Mesurol, von E. Hoffmann. S. 296. Für Pat., die sich weigern, eine Lumbalpunktion an sich vornehmen zu lassen, hat Verf. ein Merkblatt herausgegeben, das auf die Bedeutung der Untersuchung der Spinalflüssigkeit und auf die Gefahren bei Unterlassung hinweist. Die Liquordiagnostik sollte in weit größerem Maße als bisher betrieben werden, da sie unentbehrlich ist, wenn man über den Zustand der Kranken und die weitere Behandlung ein ausreichend gesichertes Urteil gewinnen will. Auch zur Beurteilung der Erfolge der kombinierten Malaria-Salvarsankur (eventuell noch mit Wismut) ist die Liquoruntersuchung nicht zu entbehren. Sollten sich die Erfahrungen von Kyrle und Bering be-

Digitized by Google

stätigen, so wird man sicher in Zukunft zur Behandlung refraktärer Fälle sich des genannten eingreifenden Heilverfahrens bedienen müssen. Von grundsätzlicher Bedeutung für jedwede Behandlungsart der Lues ist die Ausnutzung der Frühheilungschance durch Zuführung großer Mengen Salvarsan in kurzen Intervallen. Hoffmann gibt zweimal wöchentlich Salvarsan und Wismut am gleichen Tage. Um Schädigungen durch Mesurol, das bedeutend mehr metallisches Bi enthält als andere Wismuspräparate, zu vermeiden, empfiehlt Verf. statt 1 ccm nur 0,75—0,8 bei zweimal wöchentlicher Injektion zu verabreichen, sowie Nieren und Mund ständig zu überwachen. In einem Zusatz bei der Korrektur teilt Verf. die Ergebnisse der Liquoruntersuchung an dem Material der Bonner Klinik mit. Bei Lues I seronegativa und seropositiva war das Ergebnis in behandelten und unbehandelten Fällen negativ. Bei unbehandelter Lues II reagierten 35% der Fälle positiv, bei unbehandelter Spätlues dagegen 50% und mehr. Gut behandelte latente Fälle bis zu 3 Jahren nach der Infektion zeigten in 5%, ungenügend behandelte Fälle in 70% Liquorveränderungen. Gut behandelte Fälle der Spätlatenz wiesen in 10%, ungenügend behandelte Fälle in 80% kranken Liquor auf. Bei Lues cerebri, Tabes, Paralyse waren stets Liquorveränderungen vorhanden.

Ein Fall von Hautblutungen und Geschwüren bei Gonorrhoe, von F. Dietel. Univ.-Kl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. Erlangen. S. 300. Es handelt sich um einen Fall von Zervix- und Urethralblennorrhoe, der bereits während der ersten Menses leichte Temperaturerhöhung zeigte. Nach einigen Tagen stellte sich typische linksseitige Adnexitis ein, die mit dysmennorrhoischen Erscheinungen einherging. Einige Zeit später zeigten sich an verschiedenen Stellen des rechten Unterschenkels blaurote markstückgroße Flecken, die von Blutungen in die Haut herrührten. An der Innenseite des rechten Unterschenkels erodierte dann einer der genannten Flecken und war von einem stark entzündlichen Hof umgeben. Die erodierte Stelle entwickelte sich zu einem Geschwür mit scharfen Rändern und trockenem Grund von etwa Pfennigstückgröße. Bald danach traten zwei gleiche Geschwüre am Unterschenkel auf, ebenso weitere Schübe von Hautblutungen. Speziell während und nach den Menses verschlimmerten sich die metastatischen Prozesse und die Adnexitis. Die Ulzera heilten allmählich ab.

Zur Reargonbehandlung der Gonnorrhoe, von P. Mühlhoff, Univ.-Hautkl. Bonn. S. 305. Verf. berichtet über die schlechten Erfahrungen, die die Bonner Klinik mit der Reargonbehandlung gemacht hat. Reargon wird in Zukunft nicht mehr angewendet. Die Blennorrhoe wird fortan wie bisher mit milden, warmen Kal.-perm.-Albarginspülungen und mit Injektionen von 0,05—0,25%igem Albargin oder ¼—1½%igem Protargol abwechselnd behandelt.

F. Harry-Wiesbaden.

Venerologia und Dermatologia.

1925, Nr. 2.

Nekrolog auf Prof. v. Wassermann, von Jul. Finkelstein.

Die Behandlung der Syphilis mit dem russischen Präparat Silbernovarsolan, von Brytscheff und Lipskerow. Die Verf. erkennen eine schnelle und energische Wirkung dieses Präparates auf die klinischen Erscheinungen der Syphilis, besonders diejenigen des Zentralnervensystems an, finden aber, daß sich dasselbe doch nicht wesentlich in seiner Wirkung von den übrigen Salvarsanpräparaten unterscheidet, aber andererseits toxischer als dieselben ist.

Eine praktische Methode ungefährlicher Einführung des Neosalvarsans, von Undritz. An über 100 Kranken hat Verf. das von Polte im Jahre 1922 empfohlene Verfahren der intranasalen Einführung des Neosalvarsans geübt und ist zu folgenden Schlüssen gekommen: Dieses Verfahren ist einfach und ungefährlich, weshalb es verdient, fleißig ausgeübt zu werden, zumal da es in seinem therapeutischen Effekt der intravenösen Anwendung nicht nachsteht. Er verlangt einige primitive Kenntnisse der Struktur der Nasenhöhle.

Die histopathologischen syphilitischen Veränderungen unter dem Einfluß der Wismutbehandlung, von Grshebin. Der klinische Erfolg der Wismuttherapie geht nicht in gleichem Tempo mit einem histologischen Zerfall des Plasmoms einher, steht sogar demjenigen der Salvarsanbehandlung nach. Gleichzeitige histologische Untersuchungen mit verschiedenen spezifischen Mitteln ergaben, daß der Zerfall des syphilitischen Plasmoms am schnellsten erfolgt unter Salvarsan, nächstdem unter intravenösen Hg-Injektionen nach Borelli, und an dritter Stelle steht das Wismut, welches der Wirkung unlöslicher Hg-Präparate gleichkommt.

Digitized by Google

Zur Frage der Endemien von Hautleishmaniose in Rußland und ihre Behandlung, von Audronik. Das Verbreitungsgebiet der Leishmaniose in Rußland (Turkestan, Transkaukasien) ist recht groß. Die Behandlung muß im Interesse der Kranken wie aus allgemeinen prophylaktischen Motiven früh beginnen. Dieselbe kann auf sehr einfache Weise geschehen durch Bestreuen mit pulverisiertem hypermangansaurem Kali bei gleichzeitiger Anwendung von Injektionen von Neosalvarsan oder Tartarus stibiatus.

Die Behandlung der Lepra mit Thymol, von Rosental und Prichodschenko. Die therapeutische Wirkung des Thymols auf den leprösen Prozeß unterliegt keinem Zweifel; aber dieselbe ist nicht bei allen Kranken dieselbe. Besonders ist diese Behandlung angezeigt bei den geschwürigen Lepraformen, während sie bei der tuberösen Lepraform weniger sicher ist. Die Injektionen von einem Gemisch von Thymol 10,0 auf Ol. olivarum 90,0 jeden vierten Tag zu 4 ccm werden gut vertragen.

Ein Fall von Dermatitis exfoliativa universalis bei einem Fall von Lues II und Ichthyosis congenita nach Neosalvarsaninjektionen, von Tartakowski. Die Dermatitis stellte sich erst nach der fünften Neosalvarsaninjektion ein.

Zur Kasuistik der Urticaria pigmentosa infantum, von Ssutejew. Es handelte sich um ein Kind von zehn Monaten.

Zur Frage der Duplikatur des Harnkanals, von Fronstein und Saigraew. Drei eigene derartige Beobachtungen.

Die Iontotherapie der blennorrhoischen Komplikationen, von Kabatschnik. Die Iontophorese kann mit Erfolg bei nichtakuten blennorrhoischen Komplikationen und postblennorrhoischen Erkrankungen des Harnapparates und der Geschlechtsdrüsen angewandt werden.

Die Bestimmung des Wismuts im Urin bei der Bi-Behandlung der Syphilis, von Grünblatt. Die bisherigen mühevollen Untersuchungsmethoden zum Nachweis des Wismuts im Urin veranlaßte Verf., eine bequemere Art zu suchen, wobei er sich der großen Affinität des Wismuts zu den Alkaloiden bediente. In eine großhalsige Flasche von 250—300 ccm werden 50 ccm Urin, 20—30 Tropfen 30%ige Essigsäure gegossen und dazu Hyposulfit ($Na_2S_2O_3$), welches in der Photographie gebraucht wird, gefügt. Die Flasche wird unter zeitweiligem Schütteln 2—3 Minuten lang über der Flamme des Spiritusbrenners erwärmt. Infolge des Schwefelausfalles trübt sich der klare Urin und nimmt im Falle von Wismutvorhandensein einen braunen Farbenton an. Die abgekühlte oder noch warme Flüssigkeit wird in das Röhrchen der Zentrifuge hinübergegossen und zentrifugiert. Am Boden des Röhrchens bildet sich ein graugelblicher oder im Falle des Vorhandenseins von Wismuts brauner Niederschlag. Alle Niederschläge werden in einem Röhrchen der Zentrifuge gesammelt; zum Bodenersatz werden 1 Tropfen gesättigter Kochsalzlösung (NaCl) und 2 Tropfen starker Salpetersäure vom spezifischen Gewicht 1,4, zu gleichen Teilen mit Wasser versetzt, hinzugefügt. Das Röhrchen wird erwärmt; die trübe Flüssigkeit hellt sich schnell auf. Zur Aufhellung wird noch ein kleiner Tropfen starker Schwefelsäure gefügt und die Verdampfung fortgesetzt, bis nur etwa 1 Tropfen Flüssigkeit nachbleibt. Vorsichtig werden nun 10 Tropfen heiße Aq. dest. hinzugesetzt und unter Kochen noch so viel, bis die Flüssigkeit 1 ccm erreicht. In 1—2 Minuten erhält man eine durchsichtige Flüssigkeit, zu der 1 Tropfen einer 30%igen Essigsäure, einer Messerspitze Chinin oder Morphium gefügt werden. Nach Auflösung des Alkaloids wird noch 1 Tropfen Jodkalilösung hinzugebracht (1 Teil KI + 2 Teile H_2O). Eine Färbungsreaktion gibt nur Wismut.

Zur Frage der Ursachen der Gangrän nach Einspritzung von Hg-Präparaten, von P. Koshewnikow. Auf Grund von 44 experimentellen Versuchen an Tieren gelangte Verf. zur Bestätigung der von Nikolski, aus dessen Klinik diese Arbeit erschienen ist, früher ausgesprochenen Ansicht, daß die Ursachen der Gangrän in einem Hineingelangen der Hg-Emulsion in die Arterien zu suchen ist. Ein Trauma des Nerven ist nach den Untersuchungen des Verf. bedeutungslos.

Zur Frage der Standardisierung der Wassermannschen Reaktion laut Beratung der Serologen in Westeuropa und in Rußland, von J. Finkelstein. Nach einer historischen Beleuchtung dieser Frage berichtet Verf., als Referent der Serologen Rußlands, über die Beschlüsse dieser Kommission, welche vom 2.—4. März 1925 zu diesem Zweck in Moskau tagte.

Augenblickliche Aufgaben zur Bekämpfung der Dorfsyphilis, von Bronner. Bedeutung der Beschaffung von Mitteln zur Aussendung von Untersuchungskolonnen und der Aufklärung in sanitärer Hinsicht.

Digitized by Google

Einige Aufgaben zur Bekämpfung der Prostitution, von Bronner. Bedeutung der Organisation von Genossenschaften, um der Arbeitslosigkeit unter den Frauen abzuhelfen und die berufliche Ausbildung der Frauen zu fördern.

Die Bedeutung der provinziellen Presse für die Bekämpfung der venerischen Krankheiten, von Halperin.

Zur Frage der Zunahme der Syphilis im Dorf, von Elian. In dem Lukojanowschen Bezirk betrug das Verhältnis der Syphilitischen zur Gesamtkrankenzahl im Jahre 1923 0,91%, im Jahre 1924 1,35%. A. Jordan-Moskau.

Mitteilungen aus der Literatur.

Hauterscheinungen bei Erkrankungen innerer Organe und endokrinen Störungen.

Perniziöse Anämie und Lymphogranulomatose, von O. Halir, Med. Univ.-Kl. Prag. (M. Kl., 1925, Nr. 14, S. 498—500.) In einem Falle, der anfangs nach einer Gravidität ein perniziöses Blutbild zeigte, das bei neuerlicher Gravidität rezidivierte, traten später die Symptome einer Lymphogranulomatose (inguinale Form) in Form von mächtigen Drüsentumoren deutlicher hervor, die unter den Zeichen allgemeiner Amyloidose zum Tode führten. Im letzten Jahre vor dem Tode wandelte sich der hyperchrome Charakter des Blutbildes in den einer sekundären (hypochromen) Anämie.
E. Levin-Berlin.

Über ein besonderes Krankheitsbild der Lymphogranulomatose, von B. Kuhlmann, Strahleninst. d. Krankenanst. Bremen. (M. Kl., 1925, Nr. 18, S. 661—663.) Neben Tumoren und umfangreichen Schwellungen in der Parotisgegend und Drüsenschwellungen in beiden Supraklavikulargruben zeigten sich röntgenologisch große Drüsenpakete im Lungenhilus beiderseits, kleinfleckige, gleichmäßige Aussaat von feinsten Herdschatten über beide Lungenfelder. Die histologische Untersuchung ergab reichliche Bindegewebsentwicklung, zahlreiche Lymphozyten und große Zellen nach Art der Sternbergschen Riesenzellen, stellenweise Nekrosen, keine Knötchenbildung. Nach Röntgenbehandlung erhebliche Besserung. Der anscheinend sehr seltene Lungenbefund, der an eine Miliartuberkulose hätte denken lassen können, stellt eine Granulombildung in den peribronchalen Lymphbahnen dar. E. Levin-Berlin.

Über einen Fall von chronischer myeloischer Leukämie mit Hauterscheinungen bei einer Jugendlichen. I. Klinisch-hämatologischer Verlauf, von W. Steinbrinck und J. Stukowski-Breslau. (Zschr. f. kl. Med., 1925, Bd. 101, H. 3 u. 4, S. 375.) Bei einem 12jähr. Mädchen kommt es zu Milzvergrößerung bis zur Symphyse, Drüsenschwellungen, Hautblutungen und Leukozytenvermehrung auf über 300000. Nach anfänglicher Besserung durch Röntgenstrahlen kommt Pat. etwa drei Jahre später mit talergroßen Hautblutungen an Armen und Beinen und fieberhafter Krankheit, bei der es zu einem stark juckenden Ausschlag an den Streckseiten der Beine und Arme kommt. Der Blutausstrich zeigt das typische Bild einer chronisch myeloischen Leukämie. Bei dieser sind im Gegensatz zur lymphatischen Leukämie Hautausschläge in der Mehrzahl der Fälle nicht beobachtet worden. Es können Hautschädigungen zweierlei Art vorkommen: Bei dem durchlässigen, geschädigten Gefäßsystem kommt es leicht zu einer Exsudation, die natürlich alle im Blut befindlichen leukämischen Zellen enthalten kann, oder es kommt zu leukämischen Neubildungen, die überall, also auch in der Haut, aus Endothel- bzw. Adventitiazellen entstehen können.

II. Die Beteiligung der Haut, von Kuznitzky. (Zschr. f. kl.Med., 1925, Bd. 101, H. 3 u. 4, S. 386.) Bei dem an myeloischer Leukämie erkrankten Mädchen wurden die Hauterscheinungen in drei verschiedenen Stadien beobachtet: zuerst war nur ein Ausschlag festzustellen, der von einer banalen Prurigo nicht zu unterscheiden war; später kamen Knötchen von derber Konsistenz und gelbbrauner Farbe hinzu und kurz vor dem Tode kleinere und größere Blasen mit teils serösem, teils hämorrhagischem Inhalt. Eine Probeexzision zeigte das Fehlen jedes spezifischen Infiltrats. Es wurden nur intraepitheliale Blasen festgestellt, die Myelozyten, zerfallene Leukozyten und Erythrozyten, dagegen keinerlei Bakterien enthielten. F. Rosenthal-Berlin.

Digitized by Google

Über die Abhängigkeit der Hautkrankheiten von Störungen im System der endokrinen Drüsen, von E. Wassilowa und A. Jordan. (Russkaja Klinika, 1925, Bd. 3, Nr. 10) Nach Aufzählung der verschiedenen Hautkrankheiten, welche heutzutage in Abhängigkeit von Störungen der innersekretorischen Drüsen gebracht werden, werden die dafür sprechenden Beweise erwähnt: 1. Tierversuche, 2. Erfolge durch die Organotherapie und 3. Ergebnisse bei Sektionen. Die Verff. stellten sich die Aufgabe, eine Reihe von Hautkranken in bezug auf Veränderungen im vegetativen Nervensysteme zu prüfen, wobei sie sich der pharmakologischen Methoden mit Einspritzung von Pilokarpin, Atropin usw. bedienten. Die an 26 Kranken angestellten Versuche ergaben bei 11 derselben, und zwar in vier Fällen von Eczema seborrh., drei Fällen von Psoriasis vulg. und je einem Falle von Eczema disidroticum, Dermatitis herpetiformis, Alopecia areata und Anetodermia maculosa entschiedene Störungen des vegetativen Nervensystems. Ohne bei der geringen Anzahl von Beobachtungen behaupten zu wollen, daß die genannten Dermatosen unbedingt auf diesen Störungen beruhen, glauben die Verff. an eine derartige Möglichkeit und sind jedenfalls der Ansicht, daß die gefundenen Veränderungen zu weiteren Untersuchungen ermuntern. A. Jordan-Moskau.

Beitrag zur Dermatosis symmetrica dysmenorrhoica (Matzenauer-Polland), von L. Hauck, Univ.-Hautkl. Erlangen. (W. m. W., 1925, Nr. 6, S. 346 u. Nr. 8, S. 479.) Verf. beschreibt bei einer 30jähr. Patientin, die an schweren ovariellen Störungen leidet — erste Menses mit 21 Jahren, bis zum 30. Jahre 19mal menstruiert; sehr kurze Menstruationsdauer mit verschwindend geringer Blutabsonderung —, eine zur Zeit der Menstruation auftretende, symmetrisch lokalisierte, schubweise erscheinende Dermatose, die mit Schmerzen und Brennen einsetzt und an diesen Stellen dann Flecke oder Blasen bildet, die schließlich in Geschwüre übergehen. Unter einer Ovoglandoltherapie Rückgang der ovariellen Beschwerden und Fehlen der Hauterscheinungen, die aber mit Fortlassen der Ovoglandoltherapie von neuem auftreten. Es handelt sich somit um ein ganz charakteristisch ausgebildetes Krankheitsbild, dessen nahe Beziehungen zur multiplen neurotischen Hautgangrän unleugbar sind. Ganz wesentlich ist der Hinweis des Verf., daß es sich eigentlich weniger um eine dysmenorrhoische Dermatose handelt als um eine im Verlaufe von Störungen der inneren Sekretion der Ovarien, die eine gleichzeitige Dysmenorrhoe nicht unbedingt in ihrem Verlaufe haben muß.

E. Langer-Berlin.

Bemerkungen zu dem Aufsatze „Ein Fall von menstrualer Urticaria haemorrhagica mit Berücksichtigung des Blutbildes" von Dr. J. Weitgasser und Dr. K. Cafasso, von B. Grünzweig-Mähr. Ostrau. (M. Kl., 1925, Nr. 11, S. 405.) In der Veröffentlichung von W. und C. (M. Kl., 1924, Nr. 27) vermißt Verf. unter den verschiedenen extragenitalen Veränderungen, die die Menses begleiten können, das Quinckesche Ödem, und beschreibt einen entsprechenden, von ihm beobachteten Fall.

E. Levin-Berlin.

Haut und Stoffwechsel.

La xanthochromie cutanée (Die Xanthosis), von M. Labbé. (Presse méd., 1925, Nr. 2, S. 17.) Die Xanthosis, zuerst von v. Noorden und von Hymans van den Bergh (1913) beschrieben, findet sich hauptsächlich, aber nicht ausschließlich bei Diabetikern. L. verfügt über Beobachtungen an 14 Fällen, von denen 12 an Diabetes litten, während die beiden anderen Kranken mit Leberaffektionen und leichter Fettsucht behaftet waren. In klinischer Hinsicht unterscheidet sich die Xanthosis von der intensiven Verfärbung durch das mehr ins Orangefarbene spielende Kolorit, durch die Lokalisation namentlich an den Handtellern, Fußsohlen, Ohren, Nasolabialfurche und Stirn bei Freibleiben der Konjunktiva. Die Verfärbung beruht auf der Anwesenheit von Lipochrom im Blute und in den Geweben; doch entspricht die Intensität der Hautverfärbung nicht immer dem Gehalte des Serums an Lipochrom, zu dessen Bestimmung L. eine brauchbare Methode angibt. Der genauere Vorgang bei der Ablagerung der aus der Nahrung stammenden Farbstoffe ist noch nicht definitiv erforscht; die intensivsten Verfärbungen werden im allgemeinen bei schwerkranken Diabetikern beobachtet. Verf. hat aber auch bei relativ gesunden Personen tiefdunkel orangefarbene Ablagerung gesehen. Zur Behandlung wird man alle Nahrungsmittel, welche reich an Lipochrom (Xanthophyll und Carottin) sind, ausscheiden, namentlich Eigelb, Karotten, Spinat, Salat und sonstiges grünes Gemüse, Mais, Butter, Milch, und im übrigen symptomatisch verfahren.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Xanthomatosis: Some Aspects of its Blood Chemistry and Pathology (Xanthomatosis: Die Verhältnisse der Blutchemie und Pathologie), von A. Logan Turner, J. Davidson und A. C. White. (Edinburgh m. J., 1925, Bd. 32, Nr. 4, S. 153—174.) Vier Fälle von Xanthomatosis, in denen alle Störungen des Fettstoffwechsels in die Erscheinung traten. In dem ersten Falle (Xanthoma multiplex) schien die Ursache in einer endgültigen Leberschädigung zu beruhen. In dem zweiten (Xanthoma diabeticorum) handelte es sich um Störung des Fettstoffwechsels bei Diabetes. Der dritte Fall (Xanthoma tuberosum) zeigte eine primäre Störung, die vielleicht prädiabetisch war, während der vierte (Xanthoma tuberosum und Diabetes insipidus) einen anscheinend zwischen dem zweiten und dritten stehenden Typus darstellte, in dem im Anschluß an die primäre Störung des Fettstoffwechsels sekundär der Kohlehydratstoffwechsel ergriffen wurde. Es fanden sich bei ihm xanthomatöse Veränderungen am Gaumen, Rachen, Pharynx und Larynx, die den infolge Erstickung erfolgten Tod erklärten. Chemische und pathologische Befunde. E. Levin-Berlin.

Pigment.

Dopareaktion — Melaninherkunftbestimmung, von G. Erös-Pécs. (Gyógyászat, 1925, Nr. 10.) Ein Augentumor mit Metastasen von Melanosarkom und ungefärbtem Sarkom wurde mit der Dopa Reaktion auf Melaningehalt untersucht. Der Autor fand, daß die schwarze Farbe nur nach Absterben oder nach Zerfall der Gewebsteile zum Vorschein kommt. Die von Bloch vorausgesetzte Oxydasenwirkung besteht nur in einer Reduktionsfähigkeit des Pigments und ist nur als eine chemische Reaktion zu betrachten. Melanin wird nicht nur in epithelgenetischen Zellen gebildet.
M. Porosz-Budapest.

Das melanotische Pigment, von P. Brahn, Path. Inst. Berlin. (Virch. Arch., 1924, Bd. 253, H. 3, S. 661.) Brahn versuchte das Pigment durch Ansäuern von melaninhaltigen Harnen mit Salzsäure, durch Lösung des gewaschenen schwarzen Niederschlages in dünner Lauge, durch Filtrierung, durch erneute Fällung mit Säure und Auswaschen des Niederschlages mit Wasser, Alkohol und Äther darzustellen. Dabei war die Ausbeute gering, da der Anteil des noch nicht oxydierten Prämelanins verloren ging. Erst als es gelang, den quantitativen Teil durch Kaliumpersulfat zu oxydieren, wurde eine genügende Ausbeute erhalten. Die Analyse des neuen Melanins ergab im Mittel C 50,28; H 4,1; N 8,57. Schwefel wurde nur in einem Falle in geringer Menge nachgewiesen. Diese Analyse weicht von der früheren dadurch stark und grundsätzlich ab, daß der Schwefel fehlt und viel weniger Stickstoff vorhanden ist. Aus der Analyse ergibt sich eine relativ sehr einfache Formel, nämlich $C_7H_7NO_4$. Auch dieses neue Melanin wurde am Trendelenburgschen Präparat untersucht und ergab einen 1000fach stärkeren Ausschlag als das alte Präparat. Ob dieses neue Melanin auch den Blutzucker erhöht, ist noch nicht sicher. Dagegen wurde nachgewiesen, daß im Melanin der Brenzkatechinring enthalten ist. E. Meirowsky-Köln.

Ist das nichtspezifische Leukoderma ein echtes oder unechtes?, von A. Jordan. (W. m. W., 1925, Nr. 11, S. 641.) An Hand von Krankengeschichten dreier Fälle berichtet Verf. über ein echtes Leukoderm bei Eczema seborrhoicum, Favus und Pityriasis rosea. Die Ursache für die Seltenheit des Auftretens eines solchen ist möglicherweise auf gleichzeitige Störungen im endokrinen Apparat zurückzuführen.
E. Langer-Berlin.

Di un raro caso tipico di vitiligo emotiva (Über einen seltenen typischen Fall von Vitiligo durch Chokwirkung), von Pierangeli-Neapel. (Il Policlinico, 1925, H. 17.) Es handelt sich um folgenden Fall. Ein 16jähr. Mädchen erkrankte 10 Tage nach einem heftigen Schreck an einer typischen Vitiligo, welche sich innerhalb 45 Tagen auf folgende Punkte ausbreitet: Außenfläche des linken und rechten Beines, der linken Kniegegend, der Schamgegend, der linken Hüftgegend und der Schultergegend beiderseits. Die einzelnen Herde waren bis zu 2 dm groß. Im übrigen ist Pat. gesund, war nie krank gewesen, ist im zwölften Jahre menstruiert. Alle Reflexe normal; ebenso ist die Sensibilität nicht gestört. Im Urin nichts Pathologisches; WR, Hecht und SG negativ. In familiärer Hinsicht nichts von Belang. Verf. hebt hervor, daß bei seiner Pat. die Erkrankung nur durch Chokwirkung hervorgerufen worden ist. E. Freund-Triest.

A Peculiar Discoloration of the Skin (Eine merkwürdige Pigmentation der Haut), von K. H. Goeckerman-Rochester. (J. Am. m. Ass., 1925, Nr. 7, S. 506.) Pigmentation nach mehrjährigem Gebrauch von Hg zu kosmetischen Zwecken, Fälle, die in Amerika öfter vorzukommen scheinen. Dieser Pat. konnte auch histologisch untersucht

Digitized by Google

werden, und es zeigte sich eine gleichmäßige Verteilung des Pigmentes auf alle Schichten der Haut, welche Tatsache im Hinblick der Aufnahme des Hg bei Schmierkuren von Interesse erscheint. Daß die Pigmentation tatsächlich durch den langen Gebrauch von Hg als Puder und Salbe zustande kam, scheint bei diesem Fall sicher.

F. M. Peter-Hamburg.

Un cas de tache sacrée bleue mongolique (Ein Fall von blauem Mongolenfleck), von H. Perrier-Freiburg. (Rev. méd. Suisse rom., 1925, Nr. 4, S. 252.) Der Mongolenfleck findet sich bei den gelben Rassen sehr häufig: bei den chinesischen Kindern in 98%, den japanischen in 90%, den javanischen in 99%. Bei den weißen Rassen in Europa spricht man von 2%; man betrachtet ihn als Überbleibsel der verschiedenen großen Einfälle asiatischer Horden in Europa. In der Schweiz scheint der Mongolenfleck sehr selten zu sein. Verf. hat nach 15jähr. kinderärztlicher Tätigkeit den ersten Fall bei einem 13 Monate alten, sonst völlig normalen Mädchen beobachtet. Bemerkenswert war vielleicht die dunkle Färbung der Haut. Der schieferblaue Fleck von 1 cm Durchmesser befindet sich in der Medianlinie über dem unteren Teile des Kreuzbeines; auf Druck verschwindet die Farbe nicht. Vater und Mutter sind dunkel gefärbt; letztere hat einen etwas asiatischen Typus.

Fendt-Wiesbaden.

Benigne Neubildungen und Mißbildungen.

Über einige interessante Geschwülste aus der chirurgischen Poliklinik, von Sonntag-Leipzig. (Kl. W., 1925, Nr. 7, S. 314.) Besprechung zweier Geschwulstgruppen, die verhältnismäßig selten in Erscheinung treten. 1. Hauthorn am Vorderarm. Bei dieser Gelegenheit bespricht Verf. kurz das Wichtigste über Lokalisation, Klinik und Pathologie dieser Geschwülste. 2. Submuskuläres Lipom. Sie kommen nicht allzu häufig, jedenfalls viel seltener als die subkutanen vor. Ihr Hauptsitz ist Hals, Rücken und Oberschenkel. Die Therapie besteht hier wie auch bei den Hauthörnern in Exstirpation.

E. Langer-Berlin.

Über den geweblichen Aufbau des weichen Nävus, von W. Stoeckenius, Path. Inst. Gießen. (Virch. Arch., 1925, Bd. 255, H. 1/2, S. 384.) Verf. stellt auf Grund von 300 Fällen, die er in Reihenschnitten mikroskopisch untersucht hat, die Theorie auf, daß das Nävusgewebe seinen Ausgang nimmt von Kernvermehrungen, die ein zentrales, kapilläres oder präkapilläres Gefäß mantelartig umgeben. Diese Kerne, ununterscheidbar von denen der Gefäßadventitia, sind nach der Tiefe des Nävus zu meist klein, spindelig, rundlich oder auch vielgestaltig, dunkel; peripher und im Papillarkörper vorwiegend blaß, groß, von einem zarten Protoplasmasaum umgeben, wie Epithel gelagert, aber auch hier von den Kapillaren ausstrahlend, so daß „die Kernnester wie Beeren an dem Stamm einer Traube hängen". Von der Tiefe nach der Oberfläche zunehmend, finden sich die verschiedenen Alterskernveränderungen, Schrumpfungsriesenzellformen, Kernreste in Form von Chromatinbröckeln. Außerdem sieht man in der Tiefe zwischen den vorwiegend aus Kernen bestehenden Nestern nur vereinzelt Protoplasmasäume, während diese Zellbildung nach der Oberfläche hin zunimmt und man im Papillarkörper von eigentlichen Nävuszellen sprechen kann. Verf. ist der Ansicht, daß das Wachstum von der Tiefe zur Oberfläche drängt, und daß sich zwischen den Basalzellen spindelige, dunkle Kerne unterscheiden lassen, die sich offenbar vom Papillarkörper her in Lücken der Oberhaut eingezwängt haben. Er hält den weichen Nävus für eine epithelartige Wucherung des als „Keimgewebe" bezeichneten unverbrauchten und noch nicht ausentwickelten perikapillären Gewebes.

L. Gumpert-Blaschko-Berlin.

Beitrag zur Frage der Bindegewebsnävi, von O. Sachs-Wien. (W. m. W., 1925, Nr. 6, S. 371.) Verf. beschreibt zwei Fälle von Bindegewebsnävi, die sich anderen, früher von Lewandowsky, Lipschütz u. a. beschriebenen Fällen anschließen. Es handelt sich um klinisch wenig deutlich hervortretende erhabene kleine Knötchen, die gegenüber der Umgebung kaum eine Farbendifferenz aufweisen und eigentlich nur bei seitlichem Lichteinfall durch die Niveaudifferenz deutlich werden. Man kann diese Bindegewebsnävi fast an allen Stellen des Körpers in kleinen Gruppen angeordnet vorfinden. Histologisch handelt es sich um hauptsächlich im Papillarkörper sich abspielende Veränderungen, die sich aus einer Veränderung besonders des Bindegewebes im Sinne einer „Hyperplasie und Homogenisierung des kollagenen Bindegewebes mit Einlagerung von zahlreichen, nicht immer an die Follikel gebundenen glatten Muskelfasern" zusammensetzen. Diese Gewebsnävi stellen gewissermaßen Übergänge zu den Fibromyomen dar.

E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

A Case of Enormous Pigmented Mole (Ein Fall von außergewöhnlich großem Pigmentnävus), von D. T. Quigley-Omaha. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 82, Nr. 25, S. 2029.) Ein 24jähr. sonst gesunder Farmarbeiter mit einem sehr ausgedehnten schwimmhosenähnlichen Pigmentnävus. An den pigmentierten Stellen ist die Haut stark verdickt, bis zu 10 cm. Die Genitalorgane sind normal bis auf die vergrößerten Brüste, die denen eines Mädchens gleichen. Die Eltern, die Brüder und sonstigen Verwandten sind normal.
Fendt-Wiesbaden.

Ein Lipom der großen Labie, ausgehend vom Imlachschen Fettkörper, von M. Ulrich, Frauensp. Basel. (Zbl. f. Gyn., 1925, Nr. 8, S. 416.) 46jähr., wenig fettsüchtige Kranke mit einem gut daumendicken, länglichen Tumor der linken Labie, der sich nicht in die Bauchhöhle fortsetzt, von weicher Konsistenz. Die Operation ergibt ein Lipom, das wahrscheinlich ausgeht von dem im Leistenkanal gelegenen sog. Imlachschen Fettkörper. F. Landauer-Berlin.

Lipome et traumatisme (Lipom und Trauma), von Th. Probst. (Rev. méd. Suisse rom., 1925, Jahrg. 45, Nr. 3, S. 176.) Zwei Fälle traumatisch bedingter Lipome. Das eine Mal ein Soldat, bei dem sich nach Stoß gegen die Stirn in neun Monaten ein faustgroßer, als Lipom histologisch festgestellter Tumor entwickelte; im anderen Falle ein Mühlenarbeiter, bei dem sich infolge des Lastentragens im Nacken ein Lipom entwickelt hatte. Von Interesse für den Unfallbegutachter: Lipom als Unfallfolge und Gewerbekrankheit. H. Lippert-Köln.

Lipoma of the Scalp (Fettgeschwulst der Schädelhaut), von G. D. Cutler-Boston. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 6, S. 421.) Bei einem 2jähr. Knaben besteht am Hinterkopf ein 9×6 cm großes Lipom, das operativ entfernt wird. Lipome treten auf dem Schädel besonders bei Kindern äußerst selten auf; Grosch fand unter 685 Lipomen nur 2% auf der Schädelhaut. F. Rosenthal-Berlin.

Zur Klinik der Fox-Fordyceschen Krankheit, von E. Delbanco-Hamburg. (W. m. W., 1925, Nr. 6, S. 337.) Kasuistische Mitteilung eines Falles des vorliegenden Krankheitsbildes. E. Langer-Berlin.

Zur Kasuistik der Hautmyome, von W. Asal, Chir. Univ.-Kl. Heidelberg. (D. m. W., 1925, Nr. 6, S. 221.) Der 34jähr. Pat. wies 5 cm oberhalb des Handgelenkes an der Ulnarseite des rechten Unterarmes einen wallnußgroßen, druckempfindlichen, derb elastischen, verschieblichen Tumor auf, der schon in der Jugend vorhanden war und langsam an Größe zunahm. Mikroskopisch fanden sich glatte Muskelfasern, die von lockeren Bindegewebsfasern durchzogen waren, ferner Lymphangiektasien. Diagnose: „Lymphangiomatöses Leiomyom". F. Harry-Wiesbaden.

Behandling af Angiomer med Kulsyresne og Elektrolyse (Behandlung von Angiomen mit Kohlensäureschnee und Elektrolyse), von K. Trier. (Hospitalstid., 1925, Nr. 5, S. 117.) Verf. hat 25 Angiomfälle teils mit Kohlensäureschnee, teils mit Elektrolyse und teils mit einer Kombination beider Methoden zu seiner vollen Zufriedenheit behandelt. Für tiefgehende Angiome und bei Lokalisation an den Schleimhäuten ist die elektrolytische Methode vorzuziehen, für oberflächliche kutane die Kohlensäurebehandlung. Die von T. befolgte Technik ist die auch sonst im allgemeinen übliche.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Regressive Störungen und Atrophien.

Narben in der Konjunktiva bei Acrodermatitis chronica atrophicans, von I. Guggenheim, Univ. Augenkl. Basel. (Kl. Mbl. f. Augenhlk., 1925, Bd. 74, Jan.-Febr., S. 213.) Bei einer 54jähr. Pat., die seit 6 Jahren an Acrodermatitis chronica atrophicans litt, wurde an der Bindehaut eine diffuse, flächenförmige Narbenentwicklung im subkonjunktivalen Gewebe festgestellt, die sich auf die Conjunctiva tarsi, die Übergangsfalte, die halbmondförmige Falte und die Karunkel erstreckte. M. Gumpert-Berlin.

Ein Fall von Sklerodermie nach Unfall, von F. M. Groedel und G. Hubert-Bad Nauheim. (W. kl. W., 1925, Nr. 15, S. 409.) Wiedergabe eines Falles: 42jähr. Fabrikdirektor erleidet 1922 einen schweren Autounfall mit Frakturen und starken Blutergüssen an beiden Armen. Ein Jahr später — die Frakturen sind ideal geheilt — wird bereits eine sklerodermische Veränderung an beiden Händen festgestellt, die nach einem weiteren Jahr sehr ausgeprägt ist. Nun ist die Sklerodermie auch auf die Unterarme und das Gesicht fortgeschritten und auch die Beine zeigen schon den Beginn der Erkrankung.

Digitized by Google

Außerdem Veränderungen der Muskulatur und Gelenke, die mit der Hauterkrankung in Zusammenhang gebracht werden. Da sonst alle Anhaltspunkte fehlen, muß der Autounfall in seinen Folgen als Ursache der trophoneurotischen Störung aufgefaßt werden.
F. M. Peter-Hamburg.

Zur Ulcus-cruris-Therapie, von Bechtle-Schönaich. (M. m. W., 1925, Nr. 11, S. 459.) Verf. empfiehlt dringend statt Zinkleimverband den Verband mit Platten von porösen Gummischwammgeweben. A. v. Notthaft-München.

Behandlung des Beingeschwürleidens mit porösem Gummischwamm, von O. Bechtle-Schönaich. (M. Kl., 1925, Nr. 8, S. 288.) Umgeben des Beines mit aseptisch imprägniertem porösem Gummischwammgewebe in Plattenform, das mit guter Binde angewickelt wird. Die ausgezeichneten Erfolge werden durch die automatische Dauermassage des gestauten Unterschenkels erklärt. E. Levin-Berlin.

Lupus erythematosus and Alopecia Areata, von M. G. Hannay-London. (Lancet, 1924, Bd. 207, Nr. 5283, S. 1119.) Weil bei einer Pat., die an Lupus erythematodes litt, Alopecia areata auftrat und gleichzeitig mit dieser im Verlauf einer Autovakzinetherapie auch der Lupus erythematodes sich zurückbildete — nicht heilte —, wird eine vielleicht gleiche oder ähnliche toxische Ätiologie zur Debatte gestellt. Die Vakzine war aus Kulturen gewonnen, die aus Fäzes, Nasopharynx und Mundhöhle angegangen waren und Staphylococcus aureus und Bact. coli enthielten. Ähnliche seltene Fälle werden herangezogen. E. Schäfer-Göttingen.

Hemiatrophia des Gesichts und der linken Körperhälfte verbunden mit idiopathischen Veränderungen der Haut, von Nemlicher und Rappoport-Charkow. (Wratschebanje Delo, 1925, Nr. 4.) Bei einer 27jähr. Kranken entwickelte sich 3 Jahre nach einem Trauma eine Hemiatrophie des Gesichts, der linken Brustdrüse, der linken Hüfte und des linken Fußes, verbunden mit weißen, atrophischen Flecken der Haut und myoklonischen Zuckungen des linken M. masseter. Wahrscheinliche Ursache: Störungen im Gebiet des mittleren Gehirns. A. Jordan-Moskau.

Maligne Neubildungen.

Über den Stoffwechsel der Karzinomzelle, von O. Warburg-Berlin. (Kl. W., 1925. Nr. 12, S. 534.) Der Stoffwechsel der Karzinomzelle ist in der Bilanz zum Teil ein Gärungs-, zum Teil ein Oxydationsstoffwechsel, ähnlich wie der Stoffwechsel eines aeroben Milchsäurebazillus. Durch den Gärungsstoffwechsel unterscheidet sich die Karzinomzelle fundamental von dem embryonalen Gewebe und von dem ruhenden und wachsenden Epithel, Geweben, deren Stoffwechsel in der Bilanz ein Oxydationsstoffwechsel ist. Qualitativ und quantitativ ist der Gärungsstoffwechsel der Karzinome nichts anderes als die Spaltungsphase des embryonalen Stoffwechsels, die in der Bilanz des Karzinomstoffwechsels erscheint, weil das Gleichgewicht zwischen Spaltungen und Oxydationen in der Karzinomzelle zugunsten der Spaltungen verschoben ist.
E. Langer-Berlin.

Die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf den Cholesteringehalt der Geschwülste, von A. H. Roffo und L. M. Correa, Inst. f. Krebsforschg. Buenos Aires. (Zschr. f. Krebsforschg., 1924, Bd. 22, H. 1, S. 79.) Bei Untersuchung des Serums Karzinomkranker vor und nach Röntgenbestrahlung wurde eine deutliche, 24 Stunden und länger anhaltende Verminderung des Cholesteringehaltes gefunden. Verff. prüften nun die Frage, ob diese Verminderung durch direkte Einwirkung auf das in den Geschwülsten selbst befindliche Cholesterin verursacht wird. Experimentelle Untersuchungen an weißen Ratten, bei denen Geschwülste gezüchtet waren, zeigten eine direkte Beeinflussung des Cholesteringehaltes in den Geschwülsten durch die X-Strahlen.
A. Holländer-Hamburg.

Serodiagnostische Reaktionen beim Krebs, von N. Waterman-Amsterdam. (Seuchenbekämpfg., 1925, H. 1/2, S. 6.) Eine ideale serologische Krebsdiagnostik existiert noch nicht. Geeignet, die Kenntnis der Karzinompathogenese zu fördern, sind aber immerhin die Meiostagminreaktion und ihre Modifikationen (vgl. Derm. W., 1925, H. 2), sowie die Zytolysereaktion von Freund-Kaminer und eventuell die Botellosche Reaktion. Sie beruht auf dem Nachweis von labilen Eiweißgruppen im Serum: Bestimmte Serummengen werden mit NH_3 und NO_3H_2 auf einen bestimmten Säuregrad gebracht, und dann wird die Menge Lugolscher Lösung bestimmt, die ausreicht, eine bleibende Flockung zu erzielen. F. Jacobsohn-Berlin.

Digitized by Google

Zur Krebsätiologie, von E. Polya-Budapest. (Therapia, 1925, Nr. 2.) Eine sehr lehrreiche Zusammenfassung des heutigen Standes der Krebsfrage, illustriert mit eigenen Fällen. Eine 47jähr. Frau mit einem auf die ganze Gesichtshälfte ausgebreitetem ulzerierten Krebs. Vor 6 Jahren erlitt sie eine Streifschußwunde von einem 7-mm-Projektil, welches nur ein linsengroßes Ulkus verursachte. Die Wunde heilte nicht, sondern wurde größer und geschwürig, bis sie den jetzigen Zustand erreichte. Ein 31jähr. Mann, der vor 9 Jahren im Kriege einen Schuß durch das linke Knie bekam, welcher glatt heilte, so daß er das Bein jahrelang anstandslos gebrauchen konnte, bekam Schmerzen beim Gehen und befindet sich derzeit mit einem Tumor von zwei Faustgrößen in Behandlung. Diagnose: Sarkom. Eine 26jähr. Frau bekam von ihrem 2jähr. Kinde mit dem Kopfe auf die Brust einen Stoß. Nach einigen Tagen verschwanden die „blauen Flecke". Einen Monat später aber bemerkte sie einen pflaumengroßen Tumor, welcher in 3 Monaten bei ihrer Vorstellung apfelgroß geworden ist (Karzinom). Bei einem 10jähr. Kinde sah Verf. aus Naevi pigmentosi entwickeltes Carcinoma multiplex faciei.

M. Porosz-Budapest.

An Adress on a New Outlook on Cancer: Irritation and Infection (Über einen neuen Ausblick in der Krebsfrage: Reizung und Infektion), von J. Young-Edinburgh. (Brit. m. J., 1925, Nr. 3341, S. 60.) Zur Entstehung des Karzinoms gehören nach Y. zwei Faktoren: eine embryonale Beschaffenheit der betreffenden Zellen, welche einerseits angeboren anderseits akquiriert sein kann (z. B. durch Teer, Paraffin, fortgesetzte mechanische Insulte), und zweitens das Vorhandensein eines Parasiten, den Verf. schon in anderen Publikationen beschrieben hat. Als besonderes Novum vindiziert er diesen Parasiten eine weitgehende Polymorphie mit Übergängen sowohl in eine amorphe Phase als auch in Kokken, Hyphen, Stäbchen und Fäden. Diese verschiedenen Formen sind zum Teil schon von anderen Autoren beschrieben worden, aber bisher hat man sie noch nicht als verschiedene Phasen des gleichen Mikroorganismus aufgefaßt. Sollten sich diese Ansichten bestätigen, so würde damit eine durchweg neue Klassifizierung in der Bakteriologie die logische Folgerung sein. Immerhin ist zuzugeben, daß viele Tatsachen eigener Beobachtung des Verf. und auch anderer Forscher, wie hier ausführlich dargelegt wird, zugunsten der Theorie sprechen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Wesen und Ätiologie des Zungenkarzinoms mit spezieller Prüfung der ätiologischen Rolle der Lues, von H. Schleicher, Inst. f. Krebsforsch. Charité, Berlin. (Zschr. f. Krebsforschg., 1925, Bd. 22, H. 2, S. 144—197.) Studien auf Grund von 44 eigenen Fällen und Angaben aus der Literatur. Vorstadien, klinisches, histopathologisches Bild, Weiterverbreitung des Zungenkrebses (direkte und indirekte) werden besprochen. Ebenso wird der subjektive Charakter dieser Krebse, Differentialdiagnose und Prognose und die Ätiologie (überall statistische Angaben) abgehandelt. Als Hauptursache der karzinomatösen Wucherung wird ein Reiz angesehen, der sich als chronischer Irritationszustand des Gewebes darstellt. Als indirekte Ursachen sind zu nennen: Leukoplakie, Lues, Rauchen, Alkohol, mechanische Momente (Trauma). Der Lues kann keine überragende Rolle bei der Ätiologie des Zungenkrebses zugestanden werden. Wie der ätiologische Einfluß der Lues zur Geltung kommt, ist noch unentschieden.

A. Holländer-Hamburg.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Habilitiert: Dr. Rudolf Strempel, Assistent der Dermatologischen Klinik in Bonn;

Dr. Förtig in Würzburg. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille. Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 33 (Bd. 81) 15. August 1925

Aus der Hautklinik der städt. Krankenanstalt in Bremen
(Leiter: Prof. Dr. Hahn).

Über Lupus acneiformis.

Von

Dr. C. F. Hahn.

Der Lupus acneiformis, häufig Lupus miliaris disseminatus oder Lupus miliaris faciei, auch Akne-Lupus (Hutchinson), Adenoid-Akne (R. Crocker), Lupus acnéique (Besnier) genannt, eine Sonderform des Lupus, wurde zuerst von Tilbury Fox 1878 unter dem Namen Lupus follicularis disseminatus beschrieben. Er stellt eine ziemlich ungewöhnliche und seltene Form von Hauttuberkulose dar. Bis 1916 sammelte Lewandowsky aus der ganzen Literatur 42 Fälle. Auch scheinen einige der von Kaposi als Acne teleangiectodes beschriebenen Beobachtungen hierher zu gehören.

In der Literatur sind Fälle von Fox, Hutchinson, von Düring, Besnier, Elliot, Jadassohn, Finger, Balzer und Michaux, Nobl, Saalfeld, Mayer, Kreibich, Bettmann, Schlasberg, Pontoppidan, C. Rasch, Bruusgaard, Brinitzer, dalla Favera, E. Hoffmann, Blaschko, Kyrle, Sequeira, Török, Stein, Perutz, Blumenthal, G. Fantl, Kerl, Minami, Delbanco, Carl Wirth, Wise und Satenstein, Kumer angeführt.

Einen Fall aus der Freiburger Hautklinik, Rost, möchte ich hier beschreiben:

Eine 27jähr. Pat., deren Familienanamnese ohne Befund ist, hatte sich am 11. III. 1919 eine Verbrennung II. Grades zugezogen bei einer Explosion. Die ganze Haut der unteren Stirnpartie, der Wangen, Ohren, Kinn, des Halses bis zweifingerbreit unterhalb des Kehlkopfknorpels hob sich blasig ab. Die Überhäutung dauerte ungefähr 3 Monate. Im Septemper bekam Pat. in der chirurgischen Klinik gegen die Hautspannung und eine kleine, hartnäckige, der Heilung trotzenden Stelle auf der linken Wange Borsalbe verschrieben, nach deren Benutzung Eiterpusteln aufschossen und sich kleine knollige Infiltrate bildeten. Bald verbreitete sich der Prozeß über das ganze Gesicht, soweit die Hautfunktion durch die frühere Verbrennung geschädigt war. In poliklinischer Behandlung unter Schwefelsäure und Oleum olivarum vorübergehende Besserung. Nach Aussetzung der Behandlung wieder akute Verschlimmerung, weswegen Pat. jetzt die Klinik aufsuchte. — An Händen und Unterarm ebenfalls Verbrennung III. Grades.

Status praesens: 17. XI. 1919. Die Wangen sind mit kleinen, knolligen Infiltraten bedeckt, die aus Eiterpusteln resp. abgeheilten Eiterpusteln bestehen. Die Umgebung der größtenteils isoliert stehenden Pusteln ist gerötet. Auf der Nase imponiert der Ausschlag mehr als schwammige Verdickung der Haut, sie ist stark gerötet, aus der verdickten Haut ragen einige Knötchen hervor. Das Bild hat Ähnlichkeit mit beginnendem Rhinophyma. Über der rechten Augenbraue ist die Affektion mehr aus kleinen Knötchen zusammengesetzt. Die Affektion geht auf das Haar über, nicht ganz bis zur Grenze der früheren Verbrennung. Beide Streckseiten der Unterarme sind von derben, zur Zeit mit den Sehnen verklebten Narben eingenommen, bis zur Mitte der Handrücken. Innere Organe nichts Besonderes. Lunge perkutorisch Schallverkürzung

Digitized by Google

links hinten oben, daselbst und bis an den unteren Rand der Skapula kleinblasige Rasselgeräusche; sonst o. B. Nase frei. Diagnose: Acne vulgaris. Es wurden Resorzinumschläge, Resorzinpaste, Röntgen und Kummerfeldsches Waschwasser verordnet. Da sich auf die Resorzinzinkpaste das Gesicht entzündlich rötete, wurde mit Staphylokokkenvakzine wöchentlich zweimal (Beginn 40 Mill. Keime jedesmal um 40 Mill. steigend) subkutan begonnen, worauf die Pusteln flacher wurden und die Reizung abklang. Wassermann negativ.

8. I. 1920. Wenn auch die Affektion ihre anfängliche Reizung und Reizbarkeit verloren hat, die Herde abgeflachter und gebessert sind, müßte doch der therapeutische Erfolg der sechswöchentlichen Behandlung ein besserer sein. Bei Prüfung mit dem Glasspatel auf Druck zeigt sich, daß apfelgeleefarbene, typische Infiltrate resp. Knötchen vorhanden sind. Auf Sondendruck dringt der Knopf an einigen Stellen in morsches Gewebe ein. Die Diagnose muß also auf Lupus disseminatus faciei umgestellt werden.

14. I. Probeexzision eines Knötchens der linken Lippen-Nasenfalte bestätigte die Diagnose und ergab den typischen Befund: deutliche Lupusknötchen mit peripherem Leukozyten- und Lymphozytenwall und epitheloiden Zellen. Riesenzellen von Langhansschem Typ sind in einem kleinen Knötchen zu erkennen.

Therapie: Blaulicht und Höhensonne, unter deren Bestrahlung sich der Befund auffallend gebessert hat. Die Reaktionen der Höhensonnen- und Blaulichtbestrahlungen waren stets recht gut. Nach Nachlassen der Blaulichtreaktionen zeigte sich jeweils in einer Abblassung der Herde und im Abnehmen der Lupusknötchen die Besserung.

3. III. wird Pat. in die ambulante Behandlung entlassen. Es ist mit Sicherheit anzunehmen, daß der Lupus auf die Verbrennung im März 1919 zurückzuführen ist.

31. V. Pat. bekommt Röntgen, Blaulicht und Höhensonne, sog. kombinierte Strahlenbehandlung bei Wiederaufnahme in stationäre Behandlung. Es zeigen sich deutliche Lupusknötchen an der Nasenscheidewand beiderseits und der unteren Muscheln. Probeexzision wegen Ulkusgefahr unterlassen. Diagnose aber durch Inspektion heute einwandfrei zu stellen.

17. VIII. Bei Pat. sind alle lupusverdächtigen Stellen im Gesicht geröntgt worden; alle älteren und auch verdächtigen Stellen sind gleichfalls mit Blaulicht ein-, zweimal bei stets akuter Reaktion bestrahlt worden. Die Höhensonnenreaktion ist immer gut gewesen. Pat. wird als gebessert entlassen, doch sind hinter dem linken Mundwinkel, dem linken Augenwinkel und am linken Unterkiefer, desgl. linker Schläfe und rechter Wange und Kinn je eine kleine, teils mit Kruste belegte Stelle, Knötchen, weshalb Pat. in ambulatorischer Behandlung bleibt.

10. I. 1921. Pat. hat vorübergehend Rötung und Schwellungen an den Wangen gehabt. Jetzt sind einige oberflächliche Eiterbläschen, auch Ekzematoidherde vorhanden, nur an einer Stelle verdächtig auf Lupus.

18. II. Bedeutende Verschlimmerung. Seit der letzten Bestrahlung (10. I.) sind schubweise zahlreiche Knötchen an beiden Wangen, besonders links, Kinn, unterm Kinn aufgetreten. Stirn frei. Typische Apfelgeleefarbe bei Glasdruck und Nachröten. Pat. wird wieder in kombinierte Strahlenbehandlung genommen. Zeit: 6 Wochen in Behandlung.

1. X. 1922. Pat. stellt sich heute nach Ladung vor. Es wird bei ihr eine neue Lupusaffektion an der Basis des linken Mittelfingers festgestellt, Gelenk und Knochen mitbefallen. Am 17. XI. Wiederaufnahme in stationäre Behandlung.

12. XII. Temperatursteigerung: Pat. hustet und klagt über Stiche in Schulter und Rücken. Therapie: Feuchte Wickel, Bettruhe, Mixtura solvens.

20. XII. Pat. hat angeblich Hämoptoe. Lungen: Links hinten oben bis etwa Rand der Skapula Schallverkürzung. Dort und vorn in der Jugulargegend Knacken und mittelblasiges Rasselgeräusch. Diagnose: Jugularkatarrh. Durchleuchtung konnte nicht vorgenommen werden. Hautbestrahlung wegen Verschlimmerung des Lungenleidens ausgesetzt (seit 12. XII.).

24. I. 1923. Appetitlosigkeit seit einiger Zeit. Geringer Auswurf. Keine Temperaturen. Klagen über Stechen in rechter Brustseite und Rücken. Lungenbefund: Pat. zieht linke Schulter hoch. Zurückbleiben der linken Thoraxhälfte beim Atmen oben angedeutet. Perkussion: Deutlich Schallverkürzung links hinten oben bis Höhe des 5. Brustwirbeldornfortsatzes. Auskultation: Über der linken Lungenhälfte verlängertes und verschärftes Exspirium. Kein Katarrh.

29. I. Das Hautleiden ist inzwischen durch Allgemeinbehandlung wesentlich gebessert. Pat. wird nach Hause entlassen.

Digitized by Google

Ferner kann ich hier noch über einen Teil von Lupus dissem. foll. berichten aus der Hautklinik zu Bremen, den ich von Hahn zur Verfügung gestellt bekam:

Ein 22jähr., etwas anämisches Mädchen, sonst gesund, von zarter Konstitution. Als Kind war Pat., außer Masern, nie krank. Familienanamnese ohne Befund. Später Bleichsucht. 1920 Kropfoperation. Pat. kam 1920 in Behandlung. Herbst 1916 bemerkte Pat. zuerst an der Nase kleine Knötchen mit eitriger Spitze, die später auch am Kinn auftraten. — Gegenwärtiger Befund: An der Nase kleine, stecknadelkopf- bis linsengroße, hell- bis braunrote, sich leicht über das Niveau erhebende, derbe, nicht empfindliche Knötchen, die sich gegen die Umgebung scharf absetzen, nicht konfluierend und an der Spitze ein graugelbes Börkchen tragend, z. T. unter Bildung einer kleinen, eingezogenen, scharfen Narbe ausgeheilt waren. Auf Glasdruck bleiben die Knötchen braun, röten nach. Sondenknopf dringt leicht in das Granulationsgewebe ein. Neue Knötchen traten besonders am Kinn in Schüben auf. Innere Organe o. B. Nasenschleimhaut frei. Histologische Untersuchung konnte leider nicht gemacht werden. Pirquet negativ. Wassermann negativ. Therapie: Radiumbestrahlung, worauf Pat. als vorläufig geheilt entlassen wurde. September 1922 wurde Pat. wieder mit Radium bestrahlt zur Beseitigung zweier kleiner Rezidivknötchen an der Nase, die rasch der Behandlung wichen. Die Pat. stellte sich nach 5 Monaten, März 1923, wieder vor, es wurden keine Rezidive gefunden.

Zum Schlusse ist mir dann noch ein recht interessanter Fall von Junghanns-Bremen zur Verfügung gestellt worden.

Ein 32jähr. Eisenbahner. Als Kind, außer Masern, nie ernstlich erkrankt, machte 1908 eine schwere Grippe durch. Familienanamnese: eine Tante an Schwindsucht gestorben.

Pat. bemerkte Weihnachten 1921 zuerst am rechten Fuß kleine eitrige Punkte. Der Fuß war geschwollen. Bald darauf trat in der Nase ein kleines „Geschwür" auf, dem rötliche Knötchen außerhalb auf der Nase, etwas später auf Stirn, Wangen und hinter dem rechten Ohr folgten. Gleichzeitig wurden auch dieselben Knötchen an beiden Handgelenken an den Beugeflächen bemerkt. Im Juli 1922 wurde Pat. nach seinen Angaben von einem anderen Arzt mit einer Schälpaste behandelt, ohne Erfolg. Pat. kam Oktober 1922 in Behandlung von Dr. Junghanns. Es war ein papulo-pustulöser Hautausschlag im Gesicht vorhanden, der besonders an der Nase, Stirn, den Wangen und hinter dem rechten Ohr lokalisiert war. Die Effloreszenzen waren bis erbsengroß, leicht über das Niveau der Haut hervorragend, braunrot bis dunkelrot, scharf begrenzt, indolent. Auf Glasdruck braune, vereinzelte Knötchen von apfelgeleeartiger Farbe. Knopfsonde dringt leicht ein. Wassermann wiederholt negativ. Histologisches Bild ergab Epitheloidzellentuberkel, die in keiner Beziehung zu den Follikeln standen. Intrakutane Alttuberkulinprobe von $^1/_2$ mg negativ, von 1 mg positiv. Keine Herdreaktion. Pirquet negativ. Patient wurde mit 10%iger Pyrogallolsalbe und Kauterisation behandelt. Die bis heute eingetretene Besserung scheint gute Aussichten auf eine vollständige Heilung zu bieten.

Lupus acneiformis faßt also eine ganze Reihe verschiedenartig bezeichneter Fälle zusammen, die wahrscheinlich doch alle ein und denselben Krankheitsprozeß decken. Auch scheinen, wie schon gesagt, einige Beobachtungen der von Kaposi beschrieben Acne teleangiectodes ebenfalls hierher zu gehören (Jadassohn), die sogar als Vorstadium oder Abart des Lupus acneiformis[1]) aufgefaßt werden (Kumer). Lewandowsky rechnet die Kaposischen Fälle nicht zum L. a., doch glaubt Lewandowsky, daß unter Acne teleangiectodes Fälle beschrieben sind, die heute unter die papulo-nekrotischen Tuberkulide gerechnet würden. Ehrmann gibt in einer näheren Beschreibung der Kaposischen Krankheitsform an, daß die mikroskopische Untersuchung Granulationsgewebe mit Riesenzellen aufgewiesen hätte, wogegen Finger betont, Kaposis Fälle seien histologisch nicht

[1]) Anmerkung: Lupus acneiformis = L. a.

Digitized by Google

untersucht. Jesionek schließt sich wiederum der Auffassung Fingers von der Identität des L. a. mit der Acne teleangiectodes Kaposi an, doch lehnt er, sich auf einen eigenen Fall stützend, die tuberkulöse Natur der Erkrankung ab. W. Pick ist der Ansicht, daß man die Kaposische Krankheitsform nicht mit dem L. a. identifizieren kann, auf Grund der weitgehenden Unterschiede der tuberkulösen Gewebsstruktur im histologischen Bilde, die Acne teleangiectodes sei vielmehr identisch mit der Acnitis Barthélemys. Löwenberg, der sich dem Urteil Picks anschließt, grenzt so also auch den Fall Jesioneks von dem L. a. ab. Wegen seiner Zugehörigkeit zum L. a. wurde auch der Fall Besniers in Zweifel gezogen und vielfach zu dem von Leichtenstern, Tobler, Doutrelepont, du Castel u. a. als Lupus miliaris und von Veress als Lupus post-exanthematicus beschriebenen Formen zugerechnet.

Für einen Teil der beschriebenen Fälle, die ohne histologische Untersuchung veröffentlicht sind, läßt sich ein Beweis für ihren Charakter als L. a. nicht erbringen.

Zusammenfassend läßt sich das Krankheitsbild folgendermaßen charakterisieren:

Die Primäreffloreszenz des L. a. ist derjenigen des Lupus vulgaris öfters ähnlich, manchmal sogar mit ihr identisch, dennoch hat aber die Aufstellung einer besonderen Varietät ihre Berechtigung. Denn die unter diesem oder gleichbedeutendem Namen beschriebenen Fälle zeigen ein einheitliches und besonderes Krankheitsbild, das durch die ganze Abart des Verlaufes und die Einförmigkeit seiner Elemente sich aus der großen Gruppe der lupösen Erkrankungen scharf heraushebt. Die Effloreszenzen treten zuweilen in mehreren Schüben innerhalb einiger Wochen bis Monaten auf und sind fast immer ausschließlich im Gesicht, zuweilen die Haargrenze überschreitend (Cohn und Opificius, Delbanco, Finger, Kraus, Rusch) oder auf den Hals übergehend (Fox, Kraus, Rost) und in einigen wenigen Fällen auf den Unterarmen und Händen (Bettmann, Cohn und Opificius, Kerl, Rost, Junghanns) und am Knie (Cohn und Opificius) lokalisiert. Doch hält Bettmann die Effloreszenzen an den Extremitäten für Aknitis, welche Diagnose in seinem Falle durch regressive Metamorphosen bestätigt wurde, die ja charakteristisch für jene Tuberkulidform sind. Die Schleimhaut bleibt gerade im Gegensatz zum Lupus vulgaris in den meisten Fällen unberührt. Doch zeigen Fälle Mayers und Schlasbergs auch Knötchen, bei ersterem auf der Nasenschleimhaut, bei letzterem an der Innenseite der Unterlippe, die im mikroskopischen Bilde von derselben Beschaffenheit waren, wie die auf der Haut. Hutchinson beobachtete Lupus am Gaumen, sagt aber nicht welcher Art. Zuweilen bildet sich zuerst eine starke, akute Hyperämie, die eigentlichen Krankheitsherde bleiben nach deren Rückgang dann bestehen (Cohn und Opificius, Kreibich, Rost, Schlasberg), oder es sind Ödeme vorhanden (Delbanco, Kraus, Rost). Die Krankheitsherde sind glatte oder leicht erhabene, stecknadelkopfgroße bis etwas größere Herdchen von rundlicher Form, von hell- bis bräunlichroter Farbe, seltener mit einer bläulichen Nuance, die auf Glasdruck freilich nicht immer in deutlicher Weise die gelblichbräunlichen Lupusknötchen erscheinen lassen, sondern zuweilen grautransparent erscheinen. Sie haben bei Sondendruck die

Digitized by Google

Konsistenz der Lupusknoten und lassen sich im ganzen auslöffeln. Es fehlen gewöhnlich die Neigung zu peripherer Vergrößerung, zu Ulzeration, zu Tumorbildung, zu Konfluenz (doch haben letztere Cohn und Opificius, Mayer, Schlasberg beobachtet). Die Effloreszenzen grenzen sich gegen die umgebende Haut meist scharf ab und zeigen keine Neigung sich zu vergrößern und sich im Sinne des Lupus vulgaris zu entwickeln. Die Haut über den Knötchen ist glatt, seine Beschaffenheit weich. Besonders hervorzuheben ist gegenüber den gewöhnlichen miliaren Lupusknötchen, daß außer Überschuppung auch über verschiedentliche Veränderungen in der Mitte der kleinen Knötchen berichtet wird: zentrale Zapfen (T. Fox), etwas klaffende, eingezogene Follikelmündungen (Finger, Saalfeld, Schlasberg), Milienbildung (auch die von Fox erwähnten „gelben Punkte" und die pustelähnlichen Ansammlungen bei dem Fall Besniers, sowie die von Schlasberg erwähnte Kruste bestand aus Epithelmassen, Bettmann, Rusch), die sich auch bei der Abheilung einstellen kann, und Verkäsung, denn wenn man eine Effloreszenz zwischen den Fingern drückt, so preßt man statt Eiter einen Tropfen Gewebssaft, bei stärkerem Druck nekrotisches und erweichtes Gewebe heraus, oder auch Pustelbildung, wobei es offengelassen werden muß, ob daran evtl. zugleich vorhandene Akne (Saalfeld) einen Anteil haben kann. Die einzelnen Effloreszenzen können sich sehr lange halten, dann einsinken und verschwinden unter Hinterlassung kleiner, scharfrandiger, tief eingezogener, „stippchenartiger" Narben, während neue mit oder ohne Pausen manchmal in Schüben wieder auftreten. Nach Auslöffelung kann es zu Rezidiven am Rande kommen (Bettmann, Finger, Nobl). Jadassohn sah in einem nicht ganz typischen Falle im Sommer Involution, im Winter Exazerbation. Überläßt man die Krankheit sich selbst, so kann sie lange Jahre hindurch unverändert bestehen, dies beobachtete Fox bei einem Patienten auf die Dauer von 10 Jahren.

Neben diesen oberflächlichen Knötchen ist nun auch ein anderes Element beschrieben worden (Arndt, Bettmann, Bruusgaard u. a.), so daß man es auch nach Lewandowsky als zum Krankheitsbild gehörig betrachten darf. Diese sind in der Tiefe der Kutis oder sogar in der Subkutis beginnende, derbe, knötchenförmige Infiltrate, die allmählich gegen die Oberfläche zu wachsen, ohne diese anders als durch eine leichte bläulichrote Verfärbung zu verändern. Man hat hierin eine Kombination mit Aknitis sehen wollen. Lewandowsky aber ist der Ansicht, daß es sich bei beiden Effloreszenzen um ganz den gleichen Prozeß handelt, verschieden nur durch die Tiefenlokalisation in der Haut.

Von Beschwerden — außer leichtem Jucken hin und wieder — fanden Cohn und Opificius einmal leichtes Brennen.

Wenn das Bild des L. a. auch charakteristisch genug ist, so ist man doch wohl kaum berechtigt, die Diagnose ausschließlich nur auf oben Gesagtes zu gründen. Nach Jadassohn sind folgende Punkte zu berücksichtigen, um ein Hautleiden als tuberkulös zu bezeichnen:

1. Nachweis von Tuberkelbazillen in den Krankheitsprodukten;
2. die Möglichkeit, mit den Krankheitsprodukten bei empfänglichen Tieren eine Inokulationstuberkulose hervorzurufen;
3. die histologische Struktur;

Digitized by Google

4. das klinische Aussehen und der Verlauf der Krankheit;

5. die Kombination mit anderen sicher tuberkulösen Erscheinungen und das Vorkommen hereditärer Belastung;

6. die Reaktion auf Tuberkulin.

Unter den bisher veröffentlichten Fällen von L. a. ist keiner, der in allen diesen 6 Punkten positiven Ausschlag gegeben hätte.

Arndt, Minami und Finger fanden Tuberkelbazillen im Gewebe von Schnittpräparaten, Arndt in tieferen Effloreszenzen, Bettmann in zwei Pustelchen, die vereitert waren, desgleichen Arndt an der Grenze der Nekrose, Schlasberg im ausgekratzten Gewebe. Die Tuberkelbazillen wurden zuweilen zahlreicher, in Zügen und Haufen liegend, gefunden.

Inokulationsexperimente fielen meistens negativ, je eins von Besnier, Jadassohn und Nobl positiv aus. Das von Besnier muß aber wegen des sehr potrahierten Verlaufes der Lungentuberkulose bei dem geimpften Tiere als zweifelhaft gelten (Bettmann).

Histologisch bietet gerade der L. a. den „schönsten Typus klassischer Tuberkulose, der sonst in der Hauthistologie zu den Seltenheiten gehört" (Lewandowsky). Es wurde mehr oder weniger typisches tuberkulöses Gewebe, scharf abgesetzter Tuberkel in den mittleren und oberen Schichten der Kutis mit ausgedehnter zentraler Verkäsung (Bettmann, Finger, Saalfeld u. a.) gefunden, ein Symptom, das in der Haut sonst meist fehlt. Um die verkäste Mitte gruppieren sich in typischer Anordnung Epitheloid- und Riesenzellen, und nach außen folgt ein meist nicht sehr breiter Lymphozytenwall. Bemerkenswert ist der Fall Junghanns', bei dem sich keine Riesenzellen und wenig Lymphozyten finden, doch hält auch Klingmüller den Fall für L. a. auf Grund der Epitheloidzellentuberkel mit nur selten vorhandener, geringer Verkäsung. Das Epithel kann ganz unverändert, aber auch verdünnt sein. Bruusgaard sah im histologischen Bilde Ansätze zur Pustelbildung, was aber für sehr selten gilt (Lewandowsky). Meistens werden andere pathologische Prozesse als Pustelbildung klinisch vorgetäuscht. Wahrscheinlich sind dies durch das Epithel hindurchscheinende nekrotische Massen. Krusten, die makroskopisch aus eingedicktem Eiter zu bestehen scheinen, werden tatsächlich von eingedickten Epithelmassen gebildet (Schlasberg). In anderen Fällen finden wir im Zentrum der Läsion Milien und Follikularzysten, so glaubt Finger Beziehungen der Effloreszenzen zu den Follikeln gefunden zu haben (dgl. Arndt, Cohn und Opificius, Delbanco, Fox, Kumer, Löwenberg, Schlasberg u. a.), Bettmann und Jadassohn aber nicht. Doch nicht alle Tuberkel sind im Follikel lokalisiert, manche auch um Schweißdrüsen, manche liegen auch ganz für sich, ohne daß man Beziehungen zu den epitheloiden Gebilden nachweisen kann. Die Ansiedlung des Virus wird wohl wie bei allen hämatogenen Eruptionen durch den Gefäßreichtum der benachbarten Haarbälge und Drüsen bestimmt.

Bei der Diagnose des L. a. ist hauptsächlich vor zwei Irrtümern zu warnen, die Verwechslung mit Akne und Rosazea und mit papulöser Syphilis. Mit Akne und Seborrhoe hat die Krankheit unmittelbar nichts zu tun. Die Annahme mehrerer Autoren (Hutchinson), daß Akne-Effloreszenzen von dem lupösen Prozesse ergriffen werden, ist nicht erwiesen. Die Ähnlichkeit mit Akne ist manchmal im ersten Augenblick

Digitized by Google

sehr groß, doch fällt bei genauer Untersuchung die Weichheit der Knötchen auf und die Unmöglichkeit, Eiter zu exprimieren, die gelbbraune Farbe auf Glasdruck und das Fehlen anderer Akneelemente, wie Komedonen. „Die histologische Untersuchung kann die letzten Zweifel beseitigen, falls sie ganz typische Tuberkel zeigt. Doch muß man bedenken, daß man bei manchen Akne- und Rosazeaeffloreszenzen auch ein Granulationsgewebe mit Epitheloid- und Riesenzellen findet, das aber die typische Anordnung vermissen läßt" (Lewandowsky). Gleichzeitiges Auftreten von Rosazea und L. a. vermag besondere Schwierigkeiten hervorzurufen. Weit schlimmer ist die Fehldiagnose, wenn die Affektion für Syphilis gehalten wird. Bei hauptsächlicher Lokalisation auf der Stirn kann sie manchmal an die sog. „Corona veneris" erinnern, wie in einem von Lewandowsky beobachteten Falle, der tatsächlich längere Zeit als Lues behandelt wurde. Dieser Irrtum kann aber dadurch vermieden werden, daß die Diagnose Syphilis erst auf Grund eines zweifelsfreien Symptomenkomplexes gestellt wird. Jadassohn stimmt auf Grund seiner Fälle und der Literatur, ebensowenig wie Bettmann der Meinung Saalfelds von der prädisponierenden Bedeutung der Seborrhoe zu. Der L. a. ist mit der disseminierten Form des Lupus erythematodes nur gelegentlich durch seine äußere Ähnlichkeit zu verwechseln. Saalfeld glaubte, obwohl er für den lupösen Charakter eintrat, daß der L. a. geeignet sei „einiges Licht zu werfen auf die Beziehungen, die zwischen dem Lupus vulgaris und dem Lupus erythematodes bestehen, indem er das anatomische Verbindungsglied zwischen beiden Formen darstelle". Dieses Bindeglied sah Saalfeld in der Seborrhoe.

An dem tuberkulösen Charakter der Erkrankung ist nicht zu zweifeln. Jadassohn ist der Ansicht, daß „die zentralen Veränderungen der sonst recht typischen Lupusflecke und das Fehlen der peripherischen Ausbreitung es waren, welche der Deutung so große Schwierigkeiten entgegengesetzt haben".

Die Entstehungsart ist wohl am wahrscheinlichsten auf hämatogenem Wege von inneren Herden ausgehend zu suchen, was uns das mikroskopische Bild bestätigt, denn fast überall finden wir Tuberkel in der Umgegend der Gefäße, allerdings nicht immer in konzentrischer Anordnung (Befund von A. Kraus, Cohn und Opificius, Delbanco). Kraus fand eine kleine knopfartige Vorwölbung in dem Lumen eines kleinen arteriellen Gefäßes aus Epitheloiden und Lymphozyten bestehend unter unverändertem Endothelbelag. Die tuberkulöse Wucherung war anscheinend von der Intima ausgegangen. Cohn und Opificius u. a. fanden bedeutende Beteiligung des Gefäßsystems am krankhaften Prozeß, der einen großen, teils geschwollenen, kavernösen Charakter bekam. Die Gefäßendothelien waren zum größten Teil geschwollen und sprangen ins Lumen vor. Um die Gefäße lagerten beträchtliche Lymphozyteninfiltrate, die die Degenerationszentren wallartig umringen, in ihnen Langhanssche Zellen. Delbanco glaubt, den Ursprung der tuberkulösen Infiltration gleichmäßig von den kleinen Venen und Arterien und zwar vor allem von den Gefäßen an den Musculi arrectores pilorum ausgehend zu finden. Meistens ist die Infiltration einseitig an das Gefäß angegliedert, nicht konzentrisch. Ferner stieß Delbanco vereinzelt auf Endophlebitis

Digitized by Google

tuberculosa, doch ohne völligen Verschluß des Gefäßes. Die aufgesplitterte Elastika war noch deutlich ringförmig erhalten. Lewandowsky sah in einem mit Brinitzer beobachteten Falle im verkästen Zentrum deutlich die elastische Membran einer kleinen Vene, deren übrige Wandteile zugrunde gegangen waren, und die er auf Serienschnitte durch die Läsion verfolgen konnte. Dalla Favera nimmt für seine Fälle lymphogene Entstehung an, ohne sie freilich histologisch zu beweisen. — Die Entstehung auf exogenem Wege muß aber trotzdem offengelassen werden, so lassen Jadassohn und Touton die Möglichkeit einer Infektion durch die Talg-, Schweiß- und Milchdrüsen, desgl. durch Hautwunden zu.

Der benigne Ablauf der Krankheit und die Schwierigkeit, die tuberkulöse Natur nachzuweisen, seien hier nochmals erwähnt. Auffallend bleibt die strenge Lokalisation im Gesicht; solche Lokalisationsbesonderheiten sind bei den hämatogenen Dermatosen ja häufig. Schlasberg denkt an einen gewissen Einfluß der Luft oder des Lichtes. Nach den zwar spärlichen Bazillenbefunden und nach den peripheren Rezidiven um zerstörte Herde, welche auf ein an Ort und Stelle reproduzierbares Virus hinweisen, liegt hier kein Grund vor, an eine Tuberkulotoxinwirkung zu denken. In seiner Äußerung über die Fälle von Cohn und Opificius vertritt Herxheimer die Ansicht, daß es sich hier um keinen reinen Lupus, sondern Übergänge von Lupus auf das Gebiet der Tuberkulide handele. Auch Delbanco äußert sich in einem Vortrag ähnlich, indem er einen Übergang zu den klassischen, bazillären Tuberkulosen der Haut in dem L. a. erblickt, bei dem die Haut zwar nicht die Bazillen, wohl aber deren Toxine ausscheide. Neuerdings ist auch schon darauf hingewiesen, daß die Muchschen Granula und nicht die Tuberkelbazillen den L. a. hervorrufen, und daß deshalb diese Krankheit so benignen Verlauf habe (Löwenberg).

Die Krankheit tritt aber auch neben anderen manifesten Symptomen der Tuberkulose oder ohne solche auf. Verschiedene Male waren neben den Lupusfleckchen andere Dermatosen vorhanden, welche mehr oder weniger den Tuberkuliden entsprachen (Aknitis, Arndt, Bettmann, Bruusgaard, Balzer und Michaux, Blaschko, E. Hoffmann, Saalfeld; Erythema induratum, Bettmann; Erythema nodosum, Fantl; Seborrhoe, Nobl; Komedonen, Nobl usw).

Bettmanns Meinung, daß der L. a. meistens fast ausschließlich bei weiblichen Personen auftrete, ist wohl nicht berechtigt, auch bei Männern kommt er vor (z. B. Arndt, Balzer und Michaux, Schlasberg, Cohn und Opificius, Delbanco, Junghanns, Löwenberg u. a.). Jadassohn sah die Krankheit dreimal bei Frauen im Alter von 20—40 Jahren, kurze Zeit nach ihrem Entstehen, in einem Falle interessanterweise etwa ein Jahr vor dem Manifestwerden einer Lungentuberkulose; bei Kraus ein Fall von 50 Jahren, bei C. With sogar eine Frau von 62 Jahren. Sehr verschieden verhält es sich mit dem Tuberkulosebefund an anderen Organen. In manchen Fällen ist klinisch kaum etwas Verdächtiges zu finden, in anderen waren manifeste, z. T. sogar fortgeschrittene Tuberkulosen vorhanden. Diese Kombination mit Lungentuberkulose dürfte bei dem L. a. wohl von Wichtigkeit sein, vor allem sich nach der Infektion mit L. a. entwickelnde Tuberkulose; von den anderen Formen

Digitized by Google

ist bei den Erkrankten einmal Lupus des Gaumens, Periproctitis tbc., Erythema induratum u. a. festgestellt worden.

Die lokale Tuberkulinreaktion war bei mehreren Fällen (Bettmann, Finger, Jadassohn, Kraus, Nobl, Junghanns) positiv. Negative Resultate von Tuberkulininjektionen besagen nach Jadassohn gar nichts, denn es gibt tuberkulöse Hautleiden, z. B. Tuberculosis verrucosa cutis, die oft auf Tuberkulininjektionen nicht reagieren. Eine positive Lokalreaktion macht aber die Diagnose außerordentlich wahrscheinlich. Ähnliche Beobachtungen wurden von Grouven und Schlasberg gemacht.

Jadassohn ist der Ansicht, daß, da die Beziehungen zu den Follikeln nicht notwendig sind, der Name Lupus miliaris (disseminatus faciei) vollständig genügt; doch zur besonderen Betonung der zentralen Veränderungen der Effloreszenzen kann man sich auch des Namens Lupus acneiformis bedienen, den zuerst Besnier aufstellte (acnéique).

Nach Jadassohn gibt es auch noch einen miliaren Lupus, der sich lange in Form des L. a. hält und der in seinem weiteren Verlaufe sich doch durch verschiedene Momente von dem für den L. a. oben charakterisierten Bilde unterscheidet. Solche Fälle sind entweder nur auf eine kleine Stelle beschränkt, wie in zwei Fällen Jadassohns; oder die Lupusknötchen können sich z. B. auf einer tuberkulösen Elephantiasis ansiedeln in unendlich großer Zahl (Juliusberg); oder sie können selbst ganz augenscheinlich durch äußere (Auto-) Inokulation zustandekommen, wie das Jadassohn bei einer Frau gesehen hat, bei der von einer tuberkulösen Sternalfistel aus ein Schwarm von Lupusknötchen in der Gegend der Mamma entstanden war, welche durch das Fistelsekret verunreinigt wurde.

Zum Schluß ganz kurz noch etwas über die Behandlung des L. a. Tilbury Fox erklärte schon die Therapie der Akne für unbrauchbar. Durch Kaustika sei einiger Erfolg zu erzielen. v. Düring wandte Salizylkreosotpflaster an, das aber erst nach Kombination mit Galvanokaustik die beabsichtigte Wirkung hatte. Finger behandelte die Krankheit anfänglich nur durch Auskratzung, was aber Rezidivierung zur Folge hatte, Kauterisation mit „Paquelin“ und Auskratzung verbesserte die Behandlung. Auch Nobl behandelte so. Saalfeld behandelte mit Kantharidin, wie und mit welchem Erfolg ist ungewiß. Bettmann wieder wandte Auskratzung mit Kauterisation an, andere Autoren behandelten nach Finsen mit vorhergehender Auskratzung und Galvanopunktur der Effloreszenzen, was auch gute Erfolge zeitigte. Delbanco wandte mit gutem Erfolg Neutuberkulin an. Hahn bestrahlte seinen Fall mit Radium (alle 14 Tage 1 Stunde, steigend von 26 bis 70 mg in etwa 8 Sitzungen, dann noch 6 Sitzungen bis zur Vollendung der Kur je 70 mg stündlich. Die zweite Kur war in 12 Sitzungen von 26 mg bis zu 42 mg von gutem Erfolg). Rost wandte mit gutem Erfolg die kombinierte Strahlenbehandlung, bestehend aus Röntgen, Blaulicht und Höhensonne, an und bestrahlte so jede krankhafte Stelle nach einmaliger Röntgenbestrahlung noch ein- bis zweimal mit Blaulicht und Höhensonne. Von anderen Autoren wurde 10%ige Pyrogallolsalbe und Galvanopunktur angewandt.

Digitized by Google

Literatur.

Arndt, Über die Kombination von Lupus miliaris disseminatus mit Acnitis und dem Nachweis der Tuberkelbazillen im Schnitt und Antiforminsediment. Derm. Zschr.. 1911, Bd. 18, Nr. 53. — Balzer und Michaux, Lupus de la face à nodules miliares disséminé. Ann. de Derm. et de Syph., 1898. — Besnier, Lupus tuberculeux aigu. nodolaire, disséminé. Ann. de Derm. et de Syph., 1889. — Bettmann, Über eine besondere Form des Lupus vulgaris (Lupus miliaris disseminatus). M. m. W., 1902, S. 1549. — Bettmann, Lupus follicularis disseminatus. Beitr. z. Klin. d. Tbc., Würzburg 1903, H. 1. — Bettmann, Über akneartige Formen der Hauttuberkulose. M. m. W., 1904, S. 880. — Blumenthal, Außerordentliche Kriegstagung der Berliner dermatologischen Gesellschaft. Arch. f. Derm., 1920, Bd. 125, S. 763. — Brinitzer, Ein Fall von Lupus miliaris faciei. Arch. f. Derm., 1912, Bd. 115, S. 95. — Bruusgaard, Über Lupus follicularis disseminatus. Arch f. Derm., 1911, Bd. 110, S. 111. — Cohn und Opificius, Über Lupus follicularis disseminatus (Lupus miliaris). Arch. f. Derm., 1908, Bd. 90. S. 339. — Delbanco, W. derm. W., 1909, Bd. 35, S. 1813. — Delbanco, Lupus miliaris geheilt durch Neutuberkulin. Arch. f. Derm., 1911, Bd. 110, S. 129. — Doutrelepont, Zur Klinik der Hauttuberkulose. Arch. f. Derm. Bd. 29, S. 11. — v. Düring, Ein Fall von „Lupus miliaris" oder sog. „Akneluspus". Mh. f. pr. Derm., 1888. — Ehrmann, Mracek's Handbuch, Bd. 1, S. 521. — Elliot, Lupus disseminatus. J. of cutan. dis., 1889. — Fantl, G., Lupus follicularis acutus unter dem Bilde eines Erythema nodosum. Arch. f. Derm., 1920, Bd. 125, S. 895. — Fantl, G., Lupus follic. acutus unter dem Bilde eines Erythema nodosum. Derm. W., Bd. 68, S. 225. — Finger, C., Über Lupus foll. dissem. (Tilbury Fox), Acne teleangiectodes (Kaposi). — Finger, C., Zur Ätiologie und Klinik der Tuberkulide. M. Kl., 1909, Bd. 35. — Finger, C., Acne teleangiectodes. Arch. f. Derm., Bd. 34, S. 403 u. Bd. 72, S. 274. — Tilbury Fox. Clinical lecture on disseminated follicular Lupus (simulating acne). The lancet 1878. — Fox, G., H., Colloid milium. J. of cutan. dis., 1890. — Grouven, Ein Fall von tuberkulösem Tumor der Glans penis. Arch. f. Derm., 1904, Bd. 70. — Herxheimer und Forster, Zwei Fälle von Lupus follicularis disseminatus. X. Dermatol. Kongreß Frankfurt 1908, S. 196. — Hoffmann, E., Lupus miliaris faciei. Arch., 1909, Bd. 95, S. 137. — Hutchinson, Harvein lectures on lupus. Brit. m. J., 1888. — Jadassohn, Die tuberkulösen Erkrankungen der Haut. Ergebnisse der speziellen pathologischen Morphologie und Physiologie der Sinnesorgane. Wiesbaden 1896. — Jadassohn, Über Lupus oder Acne teleangiectodes. Vortrag, gehalten in der med. Sektion der Schlesischen Gesellschaft für Vaterländische Kultur, 26. Januar 1894. Zit. nach Finger. — Jadassohn, Lupus miliaris (disseminatus faciei). Mracek's Handbuch, 1904, Bd. 1. Hälfte, S. 174. — Kaposi, Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. Berlin und Wien 1899. — Kerl, Lupus follicularis disseminatus oder papulöses Tuberkulid. Verhandlungen der Wiener derm. Ges. Dez. 1920. Arch. f. Derm., 1921, Bd. 137, S. 115. — Kerl, Lupus follicularis disseminatus. Wiener derm. Ges. Zbl., 1922, Bd. 6, S. 328. — Kraus, A., Beiträge zur Pathogenese des Lupus foll. disseminatus. Mh. f. pr. Derm., 1907, Bd. 45, S. 529. — Kreibich, Demonstration in der Wiener derm. Ges. 20. Nov. 1901. Arch. f. Derm., 1902, Bd. 58, S. 125. — Kumer, Lupus foll. disseminatus. Wiener derm. Ges. Zbl., 1922, Bd. 6, S. 98. — Kumer, Zur Frage der Acne teleangiectodes. Hundertjahrfeier der deutschen Naturforscher und Ärzte. Zbl., 1923, Bd. 7, S. 157. — Lewandowski, Die Tuberkulose der Haut. Leipzig 1916. — Löwenberg, Über Lupus disseminatus faciei. Arch. f. Derm., 1910, Bd. 104, S. 262. — Mayer, Demonstration in der Berliner derm. Ges. 5. Febr. 1901. Derm. Zschr., 1901. — Minami, Über einen positiven Tuberkelbazillenbefund bei einem Falle von Lupus miliaris disseminatus faciei. Jap. Zschr. f. Derm., H. 20, referiert Arch. f. Derm., 1921, Bd. 137, S. 293. — Nobl, Zur Klinik und Histologie seltener Formen der Hauttuberkulose. Festschrift gew. Moritz Kaposi. Ergänzungsband zum Arch. f. Derm., 1900. — Nobl, Über Lupus follicularis disseminatus. Derm. W., Bd. 62. S. 1163. — Nobl, Über Lupus follicularis disseminatus. Arch. f. Derm., 1916, Bd. 122, S. 667. — Perutz, Acne teleangiectodes Kaposi (Lupus foll. dissem.). Verhandlungen der Wiener derm. Ges. Arch. f. Derm., 1916, Bd. 112. S. 813. — Pick, W., Zur Kenntnis der Acne teleangiectodes. Arch. f. Derm., 1904. Bd. 82, S. 193. — Rusch, Ein Fall von Lupus dissem. faciei. Arch. f. Derm., 1913. Bd. 117, S. 393. — Saalfeld, Über Lupus follicul. dissem. und über die Beziehungen zwischen Lupus vulgaris und Lupus erythematodes. Derm. Zschr. 1901. — Schlasberg. Zwei Fälle von Lupus follicularis disseminatus (Tilbury Fox). Arch. f. Derm., 1905.

Digitized by Google

Bd. 74, S. 23. — Stein, Lupus follicularis disseminatus faciei. Arch. f. Derm., 1912, Bd. 112, S. 390. — Sequeira, Case of Lupus dissem. faciei. Brit. J. of Derm., 1910, Bd. 22, S. 95. — Touton, Referat über Akne. VI. Kongreß der deutschen derm. Ges. — Veress, Über Lupus postexanthematicus. Mh. f. pr. Derm., Bd. 40. — Wise, Fred und Satenstein, D. L., Clinical and histologie features of certain types of cutaneous tuberculosis. Arch. of derm. a. syphilol., 1921, Bd. 4, Nr. 5, S. 586—608, referiert Zbl., 1921, Bd. 1, S. 531. — Wise, Lupus miliaris disseminatus faciei. Arch. of derm. a. syphilol., 1922, Bd. 6, Nr. 1, S. 117—118, referiert Zbl., 1922, Bd. 6, S. 459. — With, C., Annähernd universeller Ausbruch eines disseminierten nicht deutlich follikulären Lupus bei einer 62jährigen Frau. Kopenhagener derm. Ges., Sitzung vom 6. Okt. 1920. Zbl., 1921, Bd. 1, S. 419. — Wolters, Über einen Fall von Lupus nodularis hämathogenen Ursprungs. Arch. f. Derm., 1904, Bd. 69, S. 83.

Ein Beitrag zur Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens.

Von

Dr. Jos. Stangenberg in Bonn.

Eine seltener vorkommende Hauterkrankung ist die von E. Hoffmann benannte Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens. Es handelt sich dabei um eine meist äußerst hartnäckige, sich durch anhaltende Neuausbrüche auszeichnende Abszeßbildung auf der behaarten Kopfhaut. Die Haut — bei den bisher veröffentlichten Fällen fast nur die Haut des Hinterkopfes — trägt mehr oder weniger zahlreiche größere und kleinere Abszesse, die oft die Kopfhaut weithin unterminieren, so daß diese förmlich schwappt. Sie sieht wie mit Hügelchen besetzt aus. Noch ist ein Herd nicht abgeheilt und schon entwickelt sich ein neuer in der Nachbarschaft. Oft stehen dieselben unter der Haut miteinander in Verbindung. Die Haare werden an den betroffenen Stellen büschelförmig zusammengerafft und lassen sich mühelos entfernen.

Von einer stärkeren Akne oder einer Furunkulose ist das Krankheitsbild, obwohl vielleicht Zusammenhänge bestehen mögen, doch durchaus verschieden. Wer es einmal in seinen charakteristischen Formen sehen und den Verlauf verfolgen konnte, wird es kaum mehr verkennen können.

Ich hatte vor einiger Zeit Gelegenheit, einen Fall dieser sich nicht allzuoft darbietenden Krankheit zu beobachten und möchte ihn, ohne mich auf theoretische Erörterungen hinsichtlich Ursache usw. einzulassen, als kasuistischen Beitrag mitteilen.

Pat., 34jähr. Bankbeamter, ist früher nie ernsthaft krank gewesen. Seine Familienangehörigen waren auch stets gesund. In den letzten Jahren traten öfter Magenbeschwerden auf; es soll einmal eine Magensenkung festgestellt worden sein, verbunden mit Anacidie. Die Darmtätigkeit war seit dieser Zeit schlecht.

Im Nacken hatte er seitdem ständig unter kleinen Furunkeln zu leiden, die sich aber nie an anderen Körperstellen zeigten. Seit Sommer 1924 stellten sich auch auf dem Kopfe, wie Pat. annahm, Furunkel ein. Er glaubte, sie durch Kratzen vom Nacken aus nach dorthin inokuliert zu haben. Seitdem ist er stets in Behandlung gewesen, die in verschiedenster Weise durchgeführt wurde; unter anderen erhielt er auch Röntgenbestrahlung und Vakzination. Eine augenfällige Besserung trat einmal vorübergehend für kurze Zeit ein. Dann zeigte sich das Leiden aber immer schlimmer; stets löste ein Eiterherd den anderen ab, so daß Pat., da die Krankheit an Ausdehnung zunahm, jeden Mut zum Leben verlor.

Digitized by Google

Es handelt sich um einen Menschen von blasser Gesichtsfarbe mit geringem Fettpolster. Untersuchung der inneren Organe stellte am Magen röntgenologisch keinen krankhaften Befund fest. Magenchemismus ebenfalls in Ordnung. Stuhluntersuchung ergibt nichts Besonderes.

Die Lungen zeigen eine leichte Verdunkelung des Schattens der Spitzen beiderseits. In der Hilusgegend sind auf beiden Lungen dicke Narbenstränge und je eine verkalkte Lymphdrüse zu erkennen.

Urin frei von Eiweiß und Zucker.

Die Körperhaut ist ohne pathologischen Befund. Im Nacken liegen mehr oder weniger gerötete Überreste von Furunkeln.

Das ganze Hinterhaupt, ungefähr bis Wirbelhöhe, und zwar ziemlich scharf nach vorn abgrenzend, trägt eine größere Anzahl zum Teil frisch geröteter Kuppen und flacher Erhebungen, die auf Druck sehr empfindlich sind und stellenweise aus kleinen Öffnungen, die zum Teil den Haarfollikeln entsprechen, Eiter entleeren.

Aus anderen Stellen, deren äußerste Empfindlichkeit im Gegensatz zu jeglichem Fehlen von akuten Entzündungserscheinungen steht, entleert sich auf Druck eine atheromatöse Masse. Einige Herde, die mehr flach ausgebildet sind, scheinen miteinander subkutan in Verbindung zu stehen, da sich Sekret aus dem einen entleert, bei Druck auf den anderen.

Zwischen den einzelnen frischen Abszessen ist die Haut an vielen Stellen narbig verändert, stellenweise ist sie dort frisch-rosig verfärbt. Haare fehlen in diesen Gegenden vollständig. An anderen Stellen umgeben sie die früher krankgewesenen Partien in einem dünnen schütteren Saume. Dort wo die Herde frisch sind, stehen Haare büschelförmig zusammengezogen, wie verklebt miteinander.

Zwischen allen Krankheitsherden fallen zahlreiche Komedonen auf, die zum Teil sehr groß sind und stellenweise nach Form des sogenannten „Riesenkomedo" aus verschiedenen Öffnungen gleichzeitig hervorlugen, derart, daß bei Zug an einer Stelle sich aus mehreren Öffnungen gleichzeitig Massen ziehen lassen. Vereinzelt sind in diesen entleerten Massen mehrere Haare enthalten, die wie aufgerollt erscheinen.

Sonst sind die Haare makroskopisch ohne Veränderung. Mikroskopisch findet sich ebenfalls kein pathologischer Befund. Vor allem fehlen Pilze.

Im Abszeßeiter ließen sich hauptsächlich gramnegative Diplokokken nachweisen, die in ihrer Form vielleicht dem Mikrococcus catarrhalis nahe kamen. — Eine histologische Untersuchung von frischem oder älterem kranken Gewebe vorzunehmen, war nicht möglich, weil Exzision unerwünscht war.

Da Vakzinebehandlung schon von anderer Seite ohne besonderen Erfolg durchgeführt worden war, glaubte ich, mich zunächst hiermit nicht länger aufhalten zu dürfen. Es wurde ein Versuch mit unspezifischer Reizkörpertherapie unternommen.

Der Pat. erhielt intramuskuläre Injektionen von je 10 ccm Aolan, das in größeren Abständen verabreicht wurde. Insgesamt genügten 3 Injektionen, die innerhalb 45 Tagen gemacht wurden. Schon bald nach der ersten Injektion schienen sich neue Herde langsamer einzustellen. — Daneben wurde die Kopfhaut neben Inzisionen mit schwefelhaltigen Medikamenten behandelt, von denen Sulfoformöl am besten vertragen wurde.

Die Nachschübe wurden geringer und etwa 2 Monate nach Beginn der unspezifischen Behandlung konnte Pat. praktisch als geheilt betrachtet werden. Während der Behandlung fiel auf, daß, wenn dort, wo die Haut zur Entzündungsbildung neigte, die Komedonen entfernt wurden, die Neigung zur Weiterentwicklung der Entzündung unterbunden wurde. Aus diesem Grunde wurden prophylaktisch sämtliche erreichbare Komedonen entfernt.

Zusammenfassung.

Es liegt eine chronische abszedierende Erkrankung der Kopfhaut vor. Neben reichlichen Komedonen sind zahlreiche Eiterherde von verschiedenster Größe vorhanden. Diese unterwühlen die Kopfhaut derart, daß sie stellenweise miteinander in Verbindung treten. Es ist nur das Hinterhaupt befallen. Das ganze Krankheitsbild berechtigt dazu, zu den relativ wenigen bisher bekannten Fällen der Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens hinzugesellt zu werden.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1925, Bd. 6, Nr. 3.

Ulcère radiodermique (Das Röntgenulkus), von W. Dubreuilh u. D. Chaussé. S. 161. Verf. betont den Unterschied zwischen der chronischen Röntgendermatitis der Röntgenologen, die durch jahrelange Einwirkung geringer Dosen entstanden, und der akuten Dermatitis von Pat., die eine einmalige zu hohe Dosis in einer oder mehreren Sitzungen erhalten haben. Auf eine Überdosierung tritt nach etwa 14 Tagen die Erscheinung einer Verbrennung 2.—3. Grades auf. Das Ulkus braucht Wochen und selbst Monate, bis es mit der bekannten charakterischen Narbe heilt. Damit ist die Sache keineswegs erledigt, spontan oder nach Trauma kann das Ulkus selbst nach Jahren wieder auftreten. Die wichtige Frage, ob es sich um ein rezidivierendes Röntgenulkus oder ein Epitheliom handelt, muß durch Probeexzision entschieden werden. Es folgt die Beschreibung zweier Fälle. Bei dem ersten zeigte sich nach 8 Jahren, gleich nach einem chirurgischen Eingriff (Transplantation) das Ulkus wieder, das damals nach wiederholten Bestrahlungen eines Epithelioms aufgetreten war. Im zweiten Falle trat das Ulkus ohne feststellbare Ursache nach 9 Jahren wieder auf. Das histologische Bild ist bei beiden Fällen charakterisiert durch die Entwicklung der Blutgefäße, die einmal gewunden und dilatiert angiomatöse Herde bilden, oder aber als senkrecht zur Epidermis gerichtete Bündel erscheinen, die zu einer Spitze auslaufen — ihre klinische Erscheinungsform sind die schlaffen, roten Granulationen der Ulzera —, und ferner durch die tiefreichende Sklerosierung im Fettgewebe, das durch fibröses Gewebe mit vielen fixen Bindegewebszellen ersetzt ist.

Elimination du bismuth dans l'urine, dans le traitement de la syphilis avec quelques préparations ordinaires de bismuth (Über die Ausscheidung des Wismuts durch den Harn bei der Behandlung der Lues mit verschiedenen gebräuchlichen Wismutpräparaten), von S. Lomholt-Kopenhagen. S. 170. Die Verwendung von Wismutpräparaten an Stelle von Quecksilber bei der Behandlung der Lues nimmt ständig noch zu. Obwohl sie vielleicht weniger wirksam sind, schätzt man die geringere Schmerzhaftigkeit der Anwendung und die geringere Toxizität. Einerseits ist die Wirkung sicherlich proportional der Menge Wismut, die verabreicht wird, andererseits ist sie bedingt durch die chemische Konstitution der Verbindung, wobei es nicht gleichgültig ist, ob es in öliger Suspension oder in wässeriger Lösung dargereicht wird. Um einen Überblick über die Wirksamkeit verschiedener Präparate zu erhalten, prüft man die Absorption, oder man kann aus den Kurven der Elimination Anhaltspunkte gewinnen. Während nun für das Quecksilber einige 60 gute Methoden zur Verfügung stehen, sind die Verhältnisse für Wismut sehr ungünstig. Verf. arbeitete nach dem von Hevesy angegebenen Verfahren, nach dem der zu untersuchenden Wismutverbindung radioaktive Verbindungen zugesetzt werden. Die ausgeschiedene Menge läßt sich dann elektroskopisch bestimmen. Verf. fand das Verhältnis der Ausscheidung von Bi im Urin zwei Drittel und in den Fäzes ein Drittel als ein konstantes, und glaubt sich daher auf Bestimmung der Werte im Urin beschränken zu können. Seine Ergebnisse sind: Wässerige Lösungen werden im Verhältnisse 2 : 7 schneller ausgeschieden in den ersten 14 Tagen. Ferner ist der Unterschied in der Ausscheidung der verschiedenen chemischen Verbindungen ein bedeutend größerer in öliger Suspension, in 14 Tagen wird von Jod-Chinin-Wismutverbindung die Hälfte weniger als von einer weinsteinsauren, von einer Wismuthydroxydverbindung nur ein Viertel ausgeschieden. Für die wässerigen Lösungen oder Suspensionen ergeben weinsteinsaure Verbindung das Maximum der Ausscheidung in 2 Tagen, Jod-Chininverbindung am 3.—4. Tage, und hydroxyde um den 5. Tag herum. Von den wässerigen Lösungen dürfte innerhalb von 14 Tagen die Hälfte bis zwei Drittel ausgeschieden sein.

Digitized by Google

La maladie de Bowen des muqueuses (Über die Bowensche Erkrankung der Schleimhäute), von L. Richon-Paris. S. 191. Verf. weist darauf hin, daß erst 1922 Hudelo einen sicheren Fall von Morbus Bowen auf einer Schleimhaut zum ersten Male festgestellt hat. An Hand von drei ihm zur Verfügung stehenden Fällen sollen klinische, histologische und diagnostische Merkmale besprochen werden. Die 3 Fälle entsprechen den verschiedenen Stadien, in die man den Verlauf des Morbus Bowen einteilen kann. 1. Fall: Reine Dyskeratose. Man sieht nur einen roten, wohlbegrenzten, nicht erhabenen glatten Flecken ohne Ulzeration. Keine indurierte Basis, keine Drüsenschwellungen. Außer gelegentlichem Juckreiz allgemeines Befinden nicht gestört. 2. Fall wie der 1., aber Beginn einer Ulzeration. Die Basis ist induriert, und es ist auch schon eine Infiltration nachweisbar. 3. Fall: Die Entwicklung des Neoplasmas ist offensichtlich geworden und zeigt Ulzeration, Bestreben sich weiter auszudehnen, Wucherung und ausgedehnte Infiltration. Gleichzeitig mit Blutungen und Schmerzen wird das Allgemeinbefinden gestört. Histologisch bei 1: Hyperplasie der Epidermis, die Zapfen zwischen den Papillen sind viel länger und in gleichem Maße miteinander verschmolzen, wie sie die Papillen verdrängt haben. Außer der Akanthose auch Parakeratose, der Übergang in das normale Gewebe ist brüsk, wie es dem klinischen Bilde der Erythroplasie entspricht. Bei 2 entspricht das Bild auch noch dem einer Dyskeratose. Bei wesentlicher Übereinstimmung sind die Charakteristika deutlicher geworden, vor allem die Hyperplasie der Papillen der Schleimhaut. Fall 3: Das Endstadium ist histologisch charakterisiert durch Dyskeratose der Epidermis und atypische Zellenwachstum, durch Eindringen der Epidermis in das Korium und die Infiltration. Differentialdiagnostisch müssen im 1. Stadium Ekzeme, die auf Diabetes beruhen, tertiäre Syphilide, Lupus- und X-Strahlenverbrennungen und die Erythroplasie in Betracht gezogen werden, dagegen kann das 2. und das 3. Stadium durch histologische Untersuchung allein als echter Morbus Bowen identifiziert werden.

Un cas de nodosités juxta-articulaires chez une Européenne (Ein Fall von juxtaartikulären Knotenbildungen bei einer Europäerin), von P. Noël. S. 205. 45jähr. Französin kommt wegen einer „Zyste" des rechten Ellenbogens. Der schmerzlose Tumor stört funktionell nicht und ist nur wegen der Deformierung der Pat. unangenehm. Die Palpation bestätigt den zuerst auftauchenden Gedanken an ein Hygrom nicht; man fühlt einen derben Tumor, der aus drei deutlich abgrenzbaren Knoten besteht, von denen einer kirschkerngroß ist, die beiden andern etwas größer. Der knollige Tumor ist sowohl gegen seine Unterlage als auch gegen die Haut verschieblich; letztere zeigt nichts Auffälliges und läßt sich auch gut abheben. Vor 5 Jahren hatte die Pat. am linken Ellenbogen symmetrisch mit der jetzigen Neubildung einen Tumor, der als Zyste vom Chirurgen vor etwa 1 Jahr exstirpiert wurde. Es sollen am linken Unterarm noch drei weitere kleine Knoten bestanden haben, die nach Angaben der Pat. spontan verschwunden sind. Pat. erinnert sich, daß die exstirpierten Knoten eine derbe fibröse und homogene Beschaffenheit hatten. Eine genaue körperliche Untersuchung ergibt nichts außer Klagen über Schmerzhaftigkeit beider Unterschenkel, wogegen mit Erfolg Jod angewendet wird. Untersuchung auf Lues (WR nicht möglich) verläuft völlig negativ, doch gibt der an Diabetes leidende Gatte an, sich früher luetisch infiziert zu haben. Operation wird wegen des Mißerfolges des Eingriffes vor einem Jahre und aus kosmetischen Rücksichten verweigert. Da außer Lues wohl nur noch eine Filariaerkrankung in Frage kam, — Pat. ist in Nordafrika groß geworden — wurde mit einer Novarsenobenzolkur begonnen. Wismut lehnte die Pat. aus Gründen der eventuellen Schmerzhaftigkeit ab. Es wurden nur 4 Injektionen gemacht, da die Pat. sie außerordentlich schlecht vertrug; sie wurde wegen heftiger Schmerzen in den Beinen bettlägerig und nahm nur noch Jod. Die Knoten schmolzen aber deutlich ein, wurden weicher und waren nach einigen Wochen kaum noch zu fühlen, die Deformierung war verschwunden. Verf. glaubt als Ätiologie Lues annehmen zu müssen und bedauert die Therapie mit Arsenobenzol nicht durchgeführt haben zu können. F. J. Baar-Bad Kreuznach.

Sur un cas de Trichophytie de la peau glabre, du a un Trichophyton nouveau: Trichophyton depressum (Über einen Fall von Trichophytie der unbehaarten Haut, hervorgerufen durch ein neues Trychophyton: Tr. depressum), von L. Mac Carthy. (Ann. de Derm. et de Syph., 1925, Nr. 3, S. 184—190.) Ein squamöser Herd zwischen den Schulterblättern mit einigen Bläschen in der Randpartie ergab zwar bei der mikroskopischen Untersuchung von Schuppen keinen Pilzbefund, jedoch konnte aus dem Inhalt der Bläschen ein Pilz gezüchtet werden, der auf Milieu d'épreuve innerhalb von 40 Tagen zu einer 5 cm großen, rein weißen, oberflächlich wie mit Mehl bestreut aussehenden Kolonie auswuchs. Das Zentrum erscheint unregelmäßig kraterförmig ein-

Digitized by Google

gedrückt und bei Austrocknung von Fissuren durchsetzt. Auf Milieu de Conservation erfolgt das Wachstum viel langsamer, aber unter Formen, die eine Verwechslung des Pilzes mit anderen ausschließt. Das im Anfang knöpfchenartig erhabene, schmutzig weiße Zentrum wird nach etwa 40 Tagen grau gelb, ist unregelmäßig gewulstet, ähnlich einer jungen Favuskolonie; es wird umgeben von einer zweiten, weißen, flachen Zone, die allmählich in die dritte Zone, die Randpartie übergeht, an der eine durch radiäre Einkerbungen verursachte Einteilung in Sektoren charakteristisch ist. Die Farbe dieser Partie ist etwa so wie die des Zentrums, aber mehr aschgrau. Mikroskopisch sieht man in hängender Tropfenkultur sporentragende Hyphen und Trauben von verschieden großen und verschieden geformten (runden, ovalen birnenförmigen) Sporen. Tierversuche gehen sehr leicht an, 6 Tage nach der Inokulation entstehen beim Meerschweinchen desquamativ-krustöse Herde, die Pilze sind in Massen in den Schuppen als Myzel und Sporen nachweisbar, die Haare sind von dichten Mänteln kleiner Sporen umgeben und von oberflächlich das Haar entlang wachsender Myzelien bedeckt. Verf. stellt den Pilz zur Gruppe der ektotrichen kleinsporigen Trichophyten von flaumiger Kultur und bezeichnet ihn als Trichophyton depressum. O. Grütz-Kiel.

1925, Bd. 6, Nr. 4.

Contribution à l'étude de la dermatose dite kératome ou kératoderma ponctiforme ou miliaire, et de la kératodermie diffuse palmaire et plantaire avec kératomes (Beitrag zum Studium einer Dermatose genannt Keratoma oder Keratoderma punctiforme oder miliare und der diffusen Keratodermie der Palmae und Plantae mit miliaren Keratomen), von F. Balzer. S. 225. Nach einer genauen Definition und Beschreibung der zwei Varietäten, nämlich einmal miliares Keratom bei sonst gänzlich unveränderter Haut und ferner miliares Keratom auf einer diffusen Keratodermie bespricht der Verf. eingehend die bisherige Literatur über die relativ seltene Dermatose. Als Basis seiner Betrachtungen dienen dem Verf. 4 Fälle, darunter 2 selbstbeobachtete. Die Diagnose ist in Fällen reiner miliarer Keratose einfach, die kleinen gelben Hornkugeln ohne Erythem oder Hyperkeratose sind leicht zu erkennen; differential-diagnostisch käme nur das Angiokeratoma und Molluscum contagiosum in Frage, die aber in ihrer Erscheinung nicht nur, sondern auch in ihrer Struktur wesentlich abweichen. Pathologisch-anatomisch entsprechen die Gebilde einer scharf begrenzten kugeligen oder konischen Hypertrophie des Stratum corneum und bestehen aus dichtgedrängten kernhaltigen Zellen. Das Stratum lucidum ist in geringer Weise verändert und wird wie das Stratum Malpighi eingestülpt, so daß die Papillen verwischt sind. Im Korium eine geringe Infiltration von mononukleären Zellen um die Gefäße herum. Zwischen den Keratomen und den Ausführungsgängen der Schweißdrüsen bestehen keine notwendigen Beziehungen. Die Ursache der Erkrankung soll entzündlicher Art sein, durch Bakterien (?) oder Toxine verursacht (vgl. die Erscheinungen bei Blennorrhoe, Ekzem, Psoriasis, As-Vergiftungen, Tuberkulide). Der Name Keratoma ist nur der klinischen Erscheinungen wegen gewählt, die Dermatose soll nicht zu den Tumoren gerechnet werden. Bei der Therapie soll in der Anamnese und Untersuchung auf Lues und Tuberkulose, ferner auf Dysfunktion der Thyreoidea geachtet werden, sonst lokale Behandlung mit keratolytischen Mitteln und vorsichtige Applikation von Röntgenstrahlen.

A propos d'une achromie zosteriforme: le mélanoblaste est-il autre chose qu'une cellule nerveuse? (Anläßlich eines Falles von zosteriformer Achromie angestellte Betrachtungen, ob Melanoblasten etwas anderes als Nervenzellen sind), von Ch. Audry-Toulouse. S. 243. Bei einer 33jähr. Frau, die entweder im fötalen Leben oder in der ersten Kindheit an schweren Störungen ihrer körperlichen und geistigen Entwicklung gelitten hat (sie lernte erst mit 8 Jahren gehen, wurde mit 20 Jahren zum ersten Male unwohl, und ist jetzt noch auf einer geringen intellektuellen Stufe) zeigt sich bei der Untersuchung eine diffuse Melanodermie. Im Verlaufe des Nervus IX., und in seinem ganzem Bereiche weist die Haut eine totale Achromie auf. Das ist aber auch das einzigste Symptom; keine Spur von Infiltration, keine Störung der Schweißsekretion, keine Sensibilitätsstörungen. Diese partielle kongenitale Achromie ist also gerade das Gegenteil des Naevus pigmentosus, aber in keiner Weise zu verwechseln mit dem Naevus anaemicus Vörner. Es besteht so die Tatsache, daß es Achromien gibt, die sich genau über das Gebiet eines bestimmten Nerven erstrecken; ferner ist bekannt, daß es systematisierte Achromien und Hyperchromien gibt, deren nervöse Basis experimentell oder klinisch und anatomisch-pathologisch bewiesen werden kann. In welchem Zusammenhang stehen damit die Langerhansschen Zellen? Lange

Digitized by Google

hat man sie als nervöse Gebilde gehalten, warum sollte man nicht dabei bleiben; die Pigmentbildung kann sehr gut an eine nervöse Zelle gebunden sein. Die bisherige Unmöglichkeit, durch die histologische Technik den direkten Beweis zu bringen, ist doch kein triftiges Gegenargument. Eine reine, systematisierte Achromie im Gebiete eines bestimmten Nerven läßt sich nicht anders erklären als durch das Fehlen von Melanoblasten, andererseits, wenn die Pigmentgenese einem mehr oder weniger direkten Sekretionsprozeß entspricht, wie könnte man dann nur eine indirekte Tätigkeit des nervösen Systems auf derartig umschriebene, dem Gebiete eines Nerven entsprechende Achromie oder Hyperchromie annehmen? Der Verf. hofft, daß folgende Hypothese ihre Bestätigung finden wird: Die Melanoblasten (Langerhanssche Zellen), sind nervöse Endigungen, und die systematisierten Achromien sind das Resultat der Abwesenheit oder der Zerstörung dieser Zellformen.

La prothéinothérapie en Dermatologie (Die Proteintherapie in der Dermatologie), von J. Golay und A. Starobinsky, Hautkl. Genf. S. 248. Definition: Unter Proteintherapie ist die Darreichung artfremder Eiweißkörper oder deren Abbauprodukte zu verstehen. Sie ist berechtigt, nachdem beobachtet wurde, daß mit nicht spezifischer Vakzine die gleichen oder fast die gleichen Resultate wie mit spezifischer erreicht werden können. Über die Art der Wirkung bestehen verschiedene Hypothesen; so zahlreich sie auch sind, so lassen sie sich doch auf zwei Grundlagen vereinigen. Einmal die Gruppe um Weichard, der behauptet, es handele sich um chemische Wirkung, und dann Widals Theorie und ähnliche, die besagen, daß die Wirkung durch die Änderung des kolloidalen Gleichgewichtes bedingt sei. Eine dritte Hypothese gesellt sich noch hinzu, nämlich eine eventuelle Einwirkung auf das sympathische System. Wichtig ist die Frage der Dosierung; geringe, langsam steigende Dosen würden geeignet sein, das kolloidale Gleichgewicht zu stabilisieren, hohe Dosen wird man anwenden, um das Gleichgewicht zu zerstören, um sich ein neues, anderes bilden zu lassen. Diese letztere Methode entspräche der Ansicht von Weichart. In der Praxis kann man mit beiden Methoden Erfolg haben. Die eigenen Versuche, die der Verf. mit Cibalbumin, einem 1%igen Eiweißalbumin, bei wöchentlich zweimaliger Verabreichung in einer Menge von 1—10 ccm — nicht über 15 Injektionen — anstellte, gaben folgende Resultate. Die Versuche wurden an 38 verschiedenen Fällen angestellt, und es ergab sich, daß die eigentliche Domäne für die Proteintherapie die akut und subakut entzündlichen Dermatosen sind — man kann sie auch mit Erfolg bei innerlichen entzündlichen Vorgängen, Prostatitis, Epididymitis, Arthritis usw. anwenden —, während bei den anderen Dermatosen die Erfolge leider sehr unsicher und wechselnd sind. Einem scheinbaren Erfolge folgt nur zu häufig ein Rezidiv. Sehr unsicher, um nicht zu sagen erfolglos, ist die Proteintherapie beim chronischen Ekzem und beim seborrhoischen Ekzem, ferner bei Psoriasis und den verschiedenen Parakeratosen, endlich bei Tuberkulose und bei den Tuberkuliden.

Quelle préparation de bismuth doit-on préférer dans le traitement de la syphilis (Welchem Wismutpräparat soll man bei der Behandlung der Lues den Vorzug geben?), von S. Lomholt, Derm. Kl. Kopenhagen. S. 260. Diese Abhandlung des Verf. ist eine Fortsetzung seiner Untersuchungen über Wismutverbindungen und ihre Resorption. Außer der Verschiedenheit, die durch die chemische Konstitution gegeben ist, ist es durchaus nicht gleichgültig, ob die gleiche Verbindung in öliger oder wäßriger Suspension dargereicht wird. Die wäßrigen Lösungen und Suspensionen haben den öligen gegenüber den Vorzug einer schnelleren und regelmäßigeren Resorption, und die wäßrige Lösung eines Natrium- oder Kaliumsalzes von weinsteinsaurem Wismut wäre das ideale Präparat, wenn nicht die zu einer therapeutischen Erfolge notwendige Menge einerseits starke Schmerzen verursachte und andererseits zu schnell resorbiert würde. Jod-Chinin-Wismutverbindungen haben den Nachteil, daß sie zu wenig Wismut enthalten — etwa 20% — und daß man daher 1,5 g feste Substanz injizieren muß, um nur 30 cg Wismut zu verabreichen. Am besten erscheint dem Verf. eine wäßrige Lösung von Wismuthydroxyd, die folgendermaßen dargestellt wird: 12 g basisches Wismutnitrat werden in Acid. nitric. dilut. gelöst. Durch Zufügen von Ammoniak im Überschuß erhält man einen weißen Niederschlag von 10 g, Wismuthydroxyd, der nur noch gewaschen werden braucht. Um das Wismut besser in Suspension zu halten, gibt man 10 g Glyzerin hinzu und füllt mit Aqu. dest. auf 50 ccm auf. Diese Suspension ist nur wenig hypertonisch und beinahe schmerzlos, innerhalb von 14 Tagen sind mindestens zwei Drittel der injizierten Menge ausgeschieden. Das Präparat ist leicht herzustellen und hat den Vorzug, daß es billig ist. Es wurden einmal wöchentlich ½ bis 1,5 ccm injiziert, also 10—30 cg Wismuthydroxyd, 8—10 Spritzen. Manchmal schon

Digitized by Google

nach der 3. Injektion Wismutsaum, gewöhnlich aber erst nach der 8.—10. Injektion. Zum Schluß betont der Verf., daß diese Angaben nur vorläufigen Wert haben sollen und noch der Bestätigung durch Prüfung an vielen Fällen nach längerer Zeit bedürfen.

Lupus chez le nourisson (Der Lupus des Säuglings), von L. Chatellier, Derm. Univ.-Kl. Toulouse. S. 265. Verf. weist darauf hin, daß Lupus in der Kindheit häufig ist, während er beim Säugling selten ist. Nach der Statistik von Jungmann über 838 Fälle von Lupus finden sich 2,1% der Fälle im 1. Lebensjahre, bis zum 15. Lebensmonat 3,2%. Es handelt sich fast immer um Kinder, in deren unmittelbarer Umgebung Tuberkulöse sind. Lokalisation fast immer an den unbedeckten Stellen, zunächst auf den Wangen, dann auf den Händen, den Unterarmen und auf den Schenkeln. In dem vom Verf. beschriebenen Falle handelt es sich um ein Kind von 14 Monaten, daß im Alter von 7 Monaten auf dem linken Unterarm eine kleine schmerzlose Läsion aufwies, die bestehen blieb. 2 Monate später trat auf der rechten Wange in der Nähe des Nasenflügels eine gleiche Läsion auf. Einige Wochen später schwoll der Nasenflügel an, die Läsion erreichte das Nasenloch und die Schwellung ging bis zum inneren Augenwinkel. Bei der Aufnahme war der Lupus auf der linken Hand von der Größe zweier Linsen, auf der Wange kaum fünfpfennigstückgroß. Basis und Wurzel der Nase sind verdickt. Man fühlt auf der Nase eine entzündlich verdickte Lymphbahn, deren Mitte weich und fluktuierend ist. Eltern wahrscheinlich beide tuberkulös, Onkel vor kurzen an Tuberkulose gestorben. Keinerlei Anhaltspunkte für Lues. Die beiden Stellen wurden exzidiert und die histologische Untersuchung ergab den für Lupus charakteristischen Bau.

F. J. Baar-Bad Kreuznach.

Japanese Journal of Dermatology and Urology.

1925, Bd. 25, Nr. 1.

Über die sog. Periarteriitis nodosa, von K. Dohi und K. Watanabe, Derm. Univ.-Kl. Tokio. S. 1. Diese Krankheit wurde von dem Verf. 1922 an einem letal verlaufenen Fall beobachtet. Es handelt sich bei der Periarteriitis nodosa um eine entzündliche Systemerkrankung der kleinen Arterien, beginnend mit einer serösen Exsudation in die Muskularis der Gefäße, dann auf die übrigen Gefäßschichten übergreifend und sie zerstörend. Rundzelleninfiltration des Gewebes, kleine Aneurysmen und Thromben. Im Endstadium des Prozesses liegt indifferentes Narbengewebe statt der Gefäßgewebsschichten vor, das zur Tumorbildung, erbsen- bis apfelsinengroß, längs der Gefäße führt. Übertragungen der Hautknoten und des Serums auf Versuchstiere fielen negativ aus. WR und Pirquet gleichfalls negativ. Nach Ansicht der Verf. gehört das Krankheitsbild der Periarteriitis nodosa in die Reihe des Mesarteriitiden, die sich nach jeder Infektion einstellen können, bei abnorm gesteigerter Reaktionsfähigkeit des Individuums.

Über die vitale Fettfärbung mittels kolloidaler Nigrosinlösung. Anhang: Das Verhalten des Karotins gegen subkutanes Fettgewebe bei Aurantiasis cutis, von I. Miyake-Kumamoto. S. 4. Nigrosin, alkohollöslich, in 0,2%ige kochende Gelatinelösung gebracht, ergibt eine kolloidale Farbstofflösung, mit der es gelingt, das Fettgewebe bei Ratten, Kaninchen, Hühnern usw. vital rötlich zu färben. Bei intravenöser Einführung ist die Färbung am intensivsten. Dieser Vorgang ist als ein Ausdruck der Lebenstätigkeit des Fettgewebes anzusehen; beim getöteten Tier gelingt die Färbung nicht, auch nicht, wenn der Farbstoff dem noch lebenden Tier kurz vor der Tötung einverleibt wird. Die Farbe des gefärbten Fettgewebes ist anders als die des Farbstoffes. Bei Aurantiasis cutis liegt eine Infiltration der Epidermis bzw. der Kutis mit Karotin vor. Die beobachtete Verfärbung des Fettgewebes bei dieser Krankheit hat, einerlei in welchem Stadium, mit der Entstehung des Leidens nichts zu tun, sondern dieser Vorgang ist ein Nebenbefund und ist als temporäre vitale Fettfärbung anzusehen.

A Novel Method for Treating Alopecia (Eine neue Methode der Alopeziabehandlung), von K. Nakagawa und A. Shimomura. S. 7. Nachdem Verff. von der Verabreichung von Hornsubstanz per os (Humagsolan) keinerlei Besserung sahen, sind sie dazu übergegangen, ein Mittel dieser Art herzustellen, das sich subkutan und intravenös verabreichen läßt. Das von ihnen hergestellte Präparat, das sie „Saemin" nennen, enthält als Hauptbestandteil Zystin, ferner etwas Thyrosin, Kalk, Eisen, Phosphor und Arsen. Die Injektionen, subkutan oder intravenös, werden reaktionslos vertragen. Das Mittel bewährt sich im Tierexperiment. Bei künstlicher Röntgenalopezie der Kaninchen zeigten

Digitized by Google

die mit Saemin behandelten Tiere schnelleren und stärkeren Haarwuchs als die Kontrolltiere. Bei fast allen Fällen von Alopezie beim Menschen, wo noch keine Atrophie bestand, brachte man das Leiden zur Heilung bzw. zu erheblicher Besserung unter Saeminbehandlung, ohne sonstige lokale Therapie anzuwenden.

Über die Skabiesbehandlung mit einem neuen Mittel Skabison, von Y. Maeda-Izumibashi. S. 5. Neues zuverlässiges, flüssiges Krätzemittel, dessen Zusammensetzung nicht mitgeteilt wird. A. de Lemos-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Maligne Neubildungen.

Über Krebs und Krebsheilung, von E. Opitz, Univ.-Frauenkl. Freiburg. (Zschr. f. Krebsforschg., 1925, Bd. 22, H. 2, S. 108—124.) Zur Entstehung eines Krebses müssen viele Dinge zusammenkommen; viele Veränderungen sind Folge und nicht Ursache der Krebserkrankung. Als Ursachen des Krebses sind in der Körperverfassung begründete und durch äußere Einflüsse erworbene zu nennen. Nach Opitz' Beobachtungen spielt die ererbte Anlage nur eine geringe Rolle. Eine gewisse Art der Körperverfassung scheint für die Disposition zum Krebs mitzusprechen. Vegetatives Nervensystem und endokrine Drüsen sind von großer Bedeutung. Der Krebs ist mehr eine Krankheit des Alterns als des Alters. Verletzungen sind für Krebsentstehung höher zu bewerten, als allgemein angenommen wird. Narbenbildungen können ebenfalls ein begünstigendes Moment sein. Für den sogenannten Berufskrebs ist nicht nur die Einwirkung des krankmachenden Reizes (Chemikalien u. a.) wesentlich; es muß auch noch an eine besondere Anlage gedacht werden. Gegenüber der Frage, ob Krebse durch Bakterien zustande kommen können (siehe die Versuche von Blumenthal, Auler und Paula Meyer) verhält Verf. sich abwartend. Im Krebsgewebe vollziehen sich Stoffwechsel- und physikalisch-chemische Veränderungen. Bei der Krebswucherung findet in bezug auf die Beteiligung der Epithelzellen eine Auslese statt. Sauerstoffmangel und Bindegewebsveränderungen sind dabei beteiligt. Bei der Karzinomwucherung sind wahrscheinlich auch Nerveneinflüsse im Spiel. Epithel und Bindegewebe bilden eine biologische Einheit und beteiligen sich als solche an der Krebsentstehung. — Bei vielen Fällen von Krebs, bei denen von Heilung gesprochen wird, nimmt Opitz eine Latenz an. Am besten spräche man medizinisch-wissenschaftlich gar nicht von Heilung, sondern nur von Freisein von Krankheitserscheinungen auf bestimmte Zeit. Kurze statistische Angabe über Erfolge der Strahlenbehandlung bei Karzinomen in der Opitzschen Klinik. Operative und Strahlenbehandlung halten sich in bezug auf Erfolge im allgemeinen die Wage. Alle anderen Mittel scheinen bisher nur in einem sehr kleinen Teil der Fälle Hilfe zu bringen. Zur Zeit sind in der Freiburger Klinik Versuche im Gange, die feststellen sollen, was am besten Krebsrückbildung bewirkt. Über die Versuche will Opitz erst später Genaueres sagen; vorläufig spricht er über das Mittel nicht. Theoretisch wirken bei dem Heilungsverlauf mit diesem Mittel zwei Dinge mit: die Rückbildung der Krebswucherung und die Wirkung gegen die Veranlagung zum Krebs. (Siehe auch Ref. dieser Zschr., Bd. 80, Nr. 11, S. 422.) A. Holländer-Hamburg.

External Cancer (Hautkrebs), von M. F. Engman-St. Louis. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 2, S. 103.) Überblick über die verschiedenen Arten von Hautkarzinomen, ihre morphologischen Eigenschaften und die Entstehungsbedingungen. Oft läßt sich schon aus dem sog. präkanzerösen Zustande der Haut der Typ des sich später entwickelnden Karzinoms vermuten. So kann man als Folge der Keratosis senilis oder des Xeroderma pigmentosum entweder ein Ulcus rodens oder ein Stachelzellenkarzinom erwarten. Die Seemannshaut gibt gewöhnlich den Boden für ein Stachelzellenkarzinom ab; aber auch Basalzellenkarzinom ist danach häufig. Nach der Erfahrung des Verf. ist das Basalzellenkarzinom immer begleitet von zahlreichen Nävi und häufig von sog. zystischen Epitheliomen, die bisweilen erst im späteren Leben auftreten, aber den Beweis für eine angeborene Ursache abgeben. Bei dem Stachelzellenkarzinom spielt das Trauma eine große Rolle. Licht, mechanische und chemische Einflüsse, desgleichen pathologische Prozesse der Haut, wie Lupus, Psoriasis, Ekzem, Syphilis, können das auslösende Moment darstellen. Von Bedeutung ist dabei die Chronizität des Prozesses, der dann ganz allmählich die atypische Zellwucherung einleitet. Solche kanzerösen Vorstufen

Digitized by Google

sind studiert bei der sog. Keratosis senilis, der Bowenschen Dermatose und bei verschiedenen anderen chronischen Affektionen der Haut. Das Stachelzellenkarzinom zeichnet sich gegenüber dem Ulcus rodens durch seine Bösartigkeit und auch die Häufigkeit der Metastasierung aus. Die durch Röntgen- und Radiumbestrahlung gesetzten Veränderungen der Haut sind klinisch und mikroskopisch ähnlich denen des Xeroderma und der präsenilen Haut, die sämtlich eine Karzinomentstehung begünstigen. Das maligne Melanom nimmt aus bereits bestehenden Pigmentmälern seinen Ursprung; es entsteht entweder infolge mechanischer Insulte oder auch spontan und führt rasch zur ausgedehnter Metastasierung und zum Exitus. Seine epitheliale Genese ist wohl jetzt allgemein anerkannt. Das Krankheitsbild der Pagets disease kann sich in den verschiedensten Gegenden der Haut entwickeln, so an der Lippe, der Vulva, an Penis, Brust und Rücken; am häufigsten ist die mittlere Brustpartie befallen. Klinisch unterscheidet man einen mammären und extramammären Typ; zu letzterem gehört auch die Bowensche Dermatose. Die Erkrankung beginnt meist im mittleren Leben mit dermatitisähnlichen Eruptionen und schreitet nur sehr langsam fort. Besonders beim extramammären Typ ist die Unterscheidung von sonstigen chronischen seborrhoischen Dermatitiden bisweilen sehr schwierig.

B. Peiser-Berlin.

Et Tilfaelde af Carcinoma sebaceum (Ein Fall von Carcinoma sebaceum), von S. Gortz-Slageloe. (Hospitalstid. 1925, Nr. 6, S. 134.) Ein 35jähr. Landwirt kam wegen einer seit drei Jahren bestehenden, allmählich sich vergrößernden und bei der Arbeit lästig werdenden Geschwulst in der rechten Achselhöhle zur Operation ins Krankenhaus. Das vermeintliche Lipom erwies sich dabei als ein von den Achseldrüsen ausgegangenes, sich ohne feste Grenzen ins subkutane Fettgewebe fortsetzendes, gänseeigroßes Carcinoma sebaceum, das an einem aus reinem Bindegewebe und Fett bestehenden gefäßführenden Stiel angeheftet war. Genesung. Mikroskopisch fand sich ein papillomatöser Bau des Tumors mit gefäßführenden, dünnen Septa von Bindegewebe; die dazwischen liegenden Geschwulstzellen sind groß, dichtgelagert, ohne ausgesprochene Polymorphie, mit kleinen, zentral gelegenen Kernen und einem breiten Rand von Protoplasma. Fast überall sieht man auch reichliches Vorhandensein von Fettkügelchen im Protoplasma. Das Aussehen der Zellen erinnert an das Bild von Talgdrüsenzellen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Bilateral Cancer of the Breast in the Female Following Prolonged Irritation (Doppelseitiger Brustkrebs bei einer Frau mit langdauernder Reizung), von R. B. McGraw und R. Schrankel-New York. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 82, Nr. 25, S. 2028.) Eine 41jähr. Frau mit beiderseitigem Mammatumor war durch sonstige Erkrankung lange Zeit gezwungen gewesen, zum Gehen Krücken zu benutzen; auf der einen Seite seit 35, auf der anderen seit 20 Jahren, wobei ein dauernder Druck auf die Brüste ausgeübt worden war. Die mikroskopische Untersuchung des linksseitigen Tumors bestätigte die Diagnose Karzinom.

Fendt-Wiesbaden.

Le traitement actuel des naevo-carcinomes (Die neuzeitliche Behandlung des Nävokarzinoms), von R. Nadal. (Presse méd., 1925, Nr. 10, S. 154.) In einer Thèse de Paris (Librairie Marcel Figne-Paris) bespricht Verf. die chirurgische, die elektrolytische und die röntgenologische Behandlung des Nävokarzinoms und schildert einen Fall eigener Beobachtung mit dem Hinweis, daß mit den neueren Hilfsmitteln der Röntgentherapie es gelingen kann, sowohl die primären Läsionen zur Vernarbung zu bringen als auch sekundäre Lymphdrüsenaffektionen rückgängig zu machen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

The End Results in Roentgen-Ray Treatment of Cutaneous Cancer (Die Endresultate in der Röntgenbehandlung des Hautkarzinoms), von H. H. Hazen und R. Whitmore-Washington. (Am. J. of Roentgenolog., 1925, Bd. 1, Nr. 2, S. 144.) Es werden eingehende statistische Mitteilungen über ein Material von 160 Fällen gegeben, die 1—8 Jahre lang beobachtet wurden. Unter den verschiedenen Tumorarten gaben die tiefgehenden Formen, Knoten und Geschwüre, besonders wenn sie Periost und Perichondrium angegriffen hatten (Ohr!), die schlechtesten Resultate. Was den Sitz anbetrifft, so bilden die Karzinome des Ohres eine Gruppe für sich, die am schlechtesten anspricht und daher stets chirurgisch angegriffen werden sollte. Natürlich spielt auch die Zeit, zu welcher die Strahlenbehandlung beginnt, eine Rolle; bei länger bestehenden Affektionen sind die Heilaussichten vermindert. Dementsprechend ist die Ausdehnung der Geschwulst von wesentlichem Einfluß auf die Prognose. Die Aussichten für vorbehandelte Fälle (Röntgen oder Radium) sind verschlechtert; weniger ausgesprochen ist der Einfluß vorausgehender kaustischer Behandlung. Der Wert von Radium und Röntgenstrahlen ist annähernd der gleiche. Über die neuerdings empfohlene Kombination von

Digitized by Google

Strahlen- und Elektrokoagulationsbehandlung haben die Verff. keine Erfahrung. Die operativen Verfahren (Messer, Koagulation) und Strahlenbehandlung sind sich im Erfolg etwa gleich. Es wurde in $8^1/_2$—9 Zoll Abstand mit einer Strahlung von $7^1/_2$ Zoll Funkenlänge 2—$2^1/_4$ und später 3—$3^1/_2$ Minuten filterlos, nur bei tiefgehenden Karzinomen mit 3 mm Aluminium bestrahlt. Der Umstand, daß die Resultate mit kurzer und langer Bestrahlungszeit die gleichen waren, beweist, daß ein Heraufgehen mit den Dosen zwecklos ist. Die Zwischenpausen betragen drei Wochen, oder wenn ein Erythem beobachtet wird, bis zum Abklingen desselben. Nur in 19% der Fälle wurde öfter als viermal bestrahlt. Eine dreimalige Bestrahlung ist zweckmäßig. Im ganzen wurden 80% geheilt, nach Abzug von 16 von vornherein ungünstigen Fällen 88%. Dabei wurden alle Fälle als geheilt angesehen, in denen sich innerhalb von einem Jahre kein Rezidiv bildete, wozu die Verff. nach ihren Erfahrungen über die Seltenheit von Spätrezidiven sich berechtigt glauben. Bei 22 Stachelzellenkarzinomen betrug die Heilungsziffer 50%. Schließlich werden die verschiedenen Anschauungen über die Strahlenwirkung beim Karzinom auseinandergesetzt. Holthusen-Hamburg.

Empfindlichkeit auf Radiumstrahlung bei mangelhafter Sensibilität gegenüber Röntgenstrahlen, von F. Dautwitz-Amstetten. (Strahlenther., 1925, Bd. 19, H. 1. S. 153.) Bericht über einen Fall von Brustkrebs, der sich Röntgen gegenüber refraktär erwies, aber auf Radium sehr gut reagierte. E. Hornemann-Lüneburg.

Die postoperative Präventivröntgentherapie des Brustkrebses, von M. Béclère-Paris. (Strahlenther., 1925, Bd. 19, H. 1, S. 62.) Nach einem Bericht über den historischen und gegenwärtigen Stand der postoperativen Röntgentherapie, mit besonderer Berücksichtigung der deutschen Literatur und deutscher Statistiken, kommt der französische Verf. zu folgenden Schlüssen. Eine intensive Bestrahlung der Operationsfelder post operationem mit krebszerstörenden Röntgenmengen ist nicht angebracht. Dagegen ist gegen eine mäßige postoperative Bestrahlung nichts einzuwenden; wichtiger sind aber häufige Kontrolluntersuchungen nach stattgefundener Operation. Für unbedingt notwendig hält der Verf. die Bestrahlung der nicht ausgeräumten Supraklavikulardrüsen mit auf Tagen oder Wochen verteilten Röntgendosen. Die Tatsache, daß die starken Röntgendosen Karzinomrezidive verursachen können, glaubt Verf. dadurch zu erklären, daß diese massigen Dosen das gesamte Bindegewebe, das die Nester der neoplastischen Zellen umgibt, schädigen und daher einen siegreichen Kampf des umliegenden Bindegewebes gegen die Krebszellen verhindern, und zweitens in der indirekten Schädigung des Gesamtorganismus durch die Bestrahlung. Die Tatsache, daß große Röntgendosen die mikroskopisch kleinen Inseln des neoplastischen Gewebes, die nach Operationen nachbleiben, nicht schädigen, und daß andererseits geringe Dosen wohlausgebildete Rezidive vernichten, erklärt der Verf. durch die Verschiedenheit der Radiosensibilität von ruhenden und in Teilung begriffenen Zellen. In diesem Zusammenhange weist der Verf. auf die Arbeiten von Regaud hin. E. Hornemann-Lüneburg.

Observations upon the Effect of an Antiserum Upon Cancer Cells in Vitro (Untersuchungen über die Wirkung eines Antiserums auf Krebszellen im Reagenzglase), von Th. Lumsden. (Lancet, 1925, Bd. 208, Nr. 5295, S. 383.) Nach den hier ausgeführten Untersuchungen — der Ausgangspunkt war das Brustkarzinom einer Maus, welches nach entsprechender Verarbeitung zwei Ratten subkutan injiziert wurde — hält Verf. den Schluß für gerechtfertigt, daß mehr oder weniger für Karzinom spezifische Antikörper durch dessen wiederholte Überimpfung auf ein Tier einer anderen Spezies gewonnen werden können. In über 100 Reinkulturen (in Seren von zwei Ratten und zwei Meerschweinchen) waren die Resultate konstante und positive; in keinem Falle war ein Überleben der Antigengeschwulstzellen zu konstatieren. Außer mit diesem Serum wurden eine Anzahl Versuche mit anderen Agentien, wie Hitze, Kälte, Radium, Ultraviolettstrahlen, gemacht, und diese alle verursachten den Tod normalen Gewebes vor jenen der Krebszellen. In Anbetracht der angewandten Verdünnung und wahrscheinlich auch aus anderen Gründen dünkt es L. nicht wahrscheinlich, daß die in vitro erzielten Resultate sich ohne weiteres beim Lebenden verwirklichen lassen, wenn dies überhaupt auf diesem Wege möglich ist — hierüber will er noch weitere Versuche sowohl mit Tier- wie Menschenkarzinom folgen lassen. M. Stern-München.

Karzinomstudien. II., von Rh. Erdmann, Inst. f. Krebsforsch. Berlin. (Zschr. f. Krebsforsch., 1924, Bd. 22, H. 1, S. 83.) Untersuchungen über Züchtung von Reinkulturen des Stromagewebes von Flexner-Jobling-Karzinom. A. Holländer-Hamburg.

Ein außergewöhnliches experimentelles Teerkarzinom beim Kaninchen, von N. Krotkina, Med. Inst. Petersburg. (Zschr. f. Krebsforsch., 1925, Bd. 22, H. 2.

Digitized by Google

S. 125—128.) Von zwölf Kaninchen, die vier Monate mit Teer an den Ohren gepinselt wurden, wurde bei einem ein durch Kachexie zum Tode führendes Karzinom beobachtet. Der Teerkrebs entstand am rechten Ohr; der rechte horizontale Kieferast enthielt zerfallende Tumormasse. Metastasen wurden in Halslymphdrüsen und Lungen gefunden. Der Krebs selbst entstand nicht am Orte der Teerpinselung selbst. Beschleunigtes Wachstum des Karzinoms trat nach zwei Probeexzisionen auf.

A. Holländer-Hamburg.

Immunität bei experimentellen Tumoren, von G. Joannovic-Belgrad. (Seuchenbekämpf., 1925, H. 1/2, S. 1.) Kritisches Übersichtsreferat. Aus allen bisher vorliegenden Untersuchungen geht hervor, daß man an die Wirksamkeit besonderer spezifischer Immunsubstanzen in Geschwulstautolysaten denken muß. Die von Joannovic fermentativ gewonnenen Spaltungsprodukte karzinomatösen Gewebes haben nach Lamprecht eine heilende Wirkung, wenigstens auf oberflächliche Hautkarzinome, gehabt. Die Theorie und Praxis dieser Tierexperimente bedürfen weiterer Ausarbeitung, erscheinen jedenfalls nicht aussichtslos. F. Jacobsohn-Berlin.

Ergebnisse der experimentellen Geschwulstforschung, von R. Kraus, Staatl. serother. Inst. Wien. (W. m. W., 1925, Nr. 10, S. 581.) Sammelreferat im Rahmen eines Fortbildungsvortrages, in dem Verf. die Entwicklung und den Stand der experimentellen Krebsforschung darlegt, insbesondere die experimentelle Übertragung der Tiertumoren und die Forschungen auf dem Gebiete der Zellkultur. E. Langer-Berlin.

Versuche über Beeinflussung des Wachstums des experimentellen Teerkrebses durch Extrakte von Drüsen mit innerer Sekretion, von L. Seel, Path. Inst. Lausanne. (Zschr. f. Krebsforsch., 1924, Bd. 22, H. 1, S. 1.) Seel bezweckte mit seinen an 22 Kaninchen durchgeführten Versuchen, dem Problem der konstitutionellen Prädisposition zur Krebsbildung näherzukommen. Die Tiere wurden ein- bis zweimal wöchentlich am rechten Ohre mit Teer bestrichen und erhielten wöchentlich eine subkutane Injektion von 0,55 cmm Pituglandol-Roche. Von 20 teergepinselten Kaninchen entwickelten sich bei allen an der gepinselten Stelle Geschwülste, bei einigen auch an nichtgepinselten Stellen (Abklatsch?). Beim Vergleich der mit Pituglandol behandelten und der Kontrolltiere ergaben sich keine Unterschiede in bezug auf die histologische Natur der Tumoren. Teerkarzinome erscheinen bei den Pituglandoltieren weniger häufig und erst nach längerer Behandlungszeit (in 55,5%), bei den Kontrolltieren in 91%. Es findet also durch gleichzeitige Pituglandolapplikation ein verzögertes Auftreten der Teergeschwülste statt. Das Pituglandol wirkt nicht auf die ausgebildete Geschwulst, sondern es beeinflußt den Organismus. Der Hautstoffwechsel ist wahrscheinlich verlangsamt. Seel ist der Ansicht, daß der Teerkrebs nicht nur auf lokaler Reizung, sondern auch auf einer Allgemeinwirkung beruht. Gleiche Versuche an 51 weißen Mäusen fielen negativ aus bis auf einen Fall. Die Tiere wurden wahrscheinlich zu Tode geteert, ehe sich Tumoren entwickeln konnten. A. Holländer-Hamburg.

Über das knollentreibende Fibrosarkom der Haut, von E. Hoffmann, Univ.-Hautkl. Bonn. (W. m. W., 1925, Nr. 6, S. 348.) Das knollentreibende Fibrosarkom oder Dermatofibrosarcoma protuberans steht, ähnlich dem Ulcus rodens bei den Epitheliomen, in der Reihe der Bindegewebsgeschwülste an der Grenze zwischen benignen und malignen Tumoren, indem es nur eine lokale Malignität aufweist, im übrigen aber nur langsam wächst. Histologisch zeigt die Geschwulst infiltrierendes Wachstum und alle Übergänge vom derben zellarmen Fibrom bis zum zellreichen Fibro- oder faszikulären Sarkom. Metastasen sind bisher in keinem Falle beobachtet. Klinisch handelt es sich um gegen die gesunde Haut scharf abgesetzte derbknollige, pilz- oder tomatenförmige, livide bis braunrote, auf einer harten und gebuckelten, aber auf der Unterlage verschieblichen Platte sitzende Tumoren. Therapeutisch kann man am besten durch Operation weit im Gesunden den Kranken vollständig heilen. E. Langer-Berlin.

Über Sarkom der Vulva, von F. Netzer, Univ.-Frauenkl. Jena. (Zbl. f. Gyn., 1925, Nr. 8, S. 413.) 17jähr. Kranke mit einem kleinhühnereigroßen Tumor an der Vulva von unregelmäßiger Oberfläche und weicher Konsistenz, der breitbasig auf der Innenfläche des rechten kleinen Labiums festsitzt und über dem die Haut sich nicht abheben läßt. Exzision weit im Gesunden und mehrmalige Bestrahlung der Narbe und einer in der rechten Leistenbeuge vorhandenen vergrößerten Lymphdrüse. Trotzdem Exitus acht Monate nach der Operation. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein polymorphzelliges Sarkom. Der Fall beweist aufs neue, wie bösartig gerade das Sarkom der Vulva ist und wie hierbei auch intensive Röntgentiefentherapie nicht zum Erfolge führt. F. Landauer-Berlin.

Digitized by Google

Mund und Nase.

Zur klinischen und geweblichen Sonderung ungewöhnlicher Lippenexantheme, von G. Nobl, Allg. Polikl. Wien. (W. m. W., 1925, Nr. 2, S. 108.) Differentialdiagnostische Besprechung der verschiedenen, im Bereich der Lippenschleimhaut zur Beobachtung kommenden Erscheinungen von akuten und chronischen Dermatosen. Für den Dermatologen nichts besonders Neues. E. Langer-Berlin.

Zur Behandlung der Plautschen Angina, von Birkholz-Annaberg. (D. m. W., 1925, Nr. 9, S. 362.) Verf. empfieht zur Behandlung die intravenöse Injektion von 0,3—0,45 Neosalvarsan, das in 5 ccm Atophanyl gelöst wird. Völlige Heilung trat meist innerhalb von 48 Stunden ein. Durch die Kombination von Salvarsan mit Atophan erzielte Verf. neben dem chemotherapeutischen Effekt eine bedeutende Schmerzstillung. F. Harry-Wiesbaden.

Agranulocytic Angina (Agranulozytäre Angina), von J. H. Skiles. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 5, S. 364.) Beschreibung eines Falles, vermutlich des zweiten, der in Amerika beobachtet wurde, während in Deutschland schon mehrere beschrieben sind. Beginn mit dem Auftreten von grauweißlichen Flecken an der Backen- und Gaumenschleimhaut; weiter an der Zervix, Vulva und am Anus ähnliche Erscheinungen. Dabei keine schweren Allgemeinerscheinungen, außer Fieber und Kopfschmerz. Typisches Blutbild: Enormer Sturz der Weißen, geringe Abnahme der Roten, Hämoglobin 70%. Die Differentialzählung zeigt ein vollkommenes Schwinden der Polymorphkörnigen. Im Abstrich von den Geschwüren im Rachen und an den Tonsillen Spirillen und fusiforme Stäbchen, Strepto- und Staphylokokken. Rapider Verlauf, einige Tage vor dem Exitus wässeriger Stuhl. Aus dem Sektionsbefund sind die kleinen Geschwüre des Magens und Kolons hervorzuheben. Mit dem deutschen wie mit dem amerikanischen Fall stimmt dieser Befund überein. Ätiologisch zieht Skiles zwei Möglichkeiten in Betracht. Die erste Möglichkeit wäre, daß es sich primär um eine spezifische Infektion handelt, die die gangränösen Geschwüre herbeiführt und ein spezifisches Toxin gegen die Granulozyten bildet. Eine zweite Möglichkeit ist die, daß eine primäre Erkrankung des Knochenmarkes die Bildung der Polymorphkernigen verhindert und dadurch der Körper sekundären Infektionen zugänglich wird, denen er erliegt. F. M. Peter-Hamburg.

Les mouches ne jouent pas de rôle dans la dissémination de la fièvre aphteuse (Die Fliegen spielen keine Rolle bei der Verbreitung der Maul- und Klauenseuche), von M. C. Lebailly. (Compt. rend. de l'acad. des Sciences, Bd. 179, Nr. 21, S. 1225.) Es gelang dem Verf., den experimentellen Nachweis zu führen, daß die Fliegen nicht die Überträger der Maul- und Klauenseuche sein können. In zwei getrennten Ställen wurden je ein erkranktes und ein gesundes Rind gehalten. Durch einen Spalt wurde ein Schwarm von Fliegen, indem man bald den einen, bald den anderen Stall erleuchtete, hin und her dirigiert. Eine Infektion der gesunden Tiere fand nicht statt. L. Gumpert-Blaschko.

Die Tuberkulose der Nase, von Ludwig Soyka, Oto-Rhinol. Klin. Prag. (Med. Kl., 1925, Nr. 16, S. 586—587.) Die verschiedenen vorkommenden Formen bilden nur eine Untergruppe in dem großen Krankheitskomplex der Tuberkulose. Jedoch erscheint es praktisch, die verschiedenen Krankheitsbilder in Untergruppen zusammenzufassen; eine Nomenklatur, die schon die Art der Veränderungen erkennen läßt, teilt sie in tuberkulöse Infiltrate, extruktive Form der Tuberkulose, destruktive Form der Tuberkulose, Tumor tuberculosus, miliare Tuberkulose, Perichondritis bzw. Periostitis, Lupus. Dieser nimmt meist von dem knorpligen Teil des Naseneinganges seinen Ausgang; seine frühzeitige Erkennung, besonders in den Schulen, ist von großer Wichtigkeit für die Therapie. E. Levin-Berlin.

Haare und Nägel.

Unblutige Behandlung des eingewachsenen Nagels, von Mickel-Radebeul. (D. m. W., 1925, Nr. 11, S. 449.) Verf. empfiehlt, kleine plattgedrückte, mit Lösung von Zelluloid in Azeton getränkte Gaze bzw. Mullbäusche in den Nagelfalz einzuschieben. Diese erhärten rasch, haften fest am Nagel und drängen den Nagelfalzrand allmählich weiter zurück. Nach etlichen Tagen wird der Bausch erneuert und weiter vorgeschoben. F. Harry-Wiesbaden.

Cure radicale de l'ongle incarné (Radikalbehandlung des eingewachsenen Nagels), von Ch. Lefebvre-Toulouse. (Gaz. des hôp., 1925, Nr. 24, S. 390—391.) Operationsmethode mit Abbildungen. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Ein Fall von eigenartigen Nagelveränderungen bei Malaria quartana chronica, von W. Mollow-Sofia. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1925, Bd. 29, H. 4, S. 186.) Bei einem 27jähr. Pat. mit Malaria quartana wurden folgende Nagelveränderungen beobachtet. Die Nägel der Finger, weniger der Zehen sind durch 3—4 konzentrisch verlaufende, dunkelbraune, mit der Konvexität nach vorn gerichtete bogenförmige Linien durchsetzt, wodurch die Nägal selbst ein besonderes Aussehen bekommen. Die Oberfläche der Nägel ist nicht ganz glatt, sondern etwas längs gefurcht, die Nagelenden ziemlich hart, der Nagelfalz ohne Veränderungen. Während der Behandlung der Malaria (Chinin) trat Besserung des Nagelbefundes ein. Die Nagelveränderungen werden mit der Malaria in ursächlichen Zusammenhang gebracht. Fendt-Wiesbaden.

Der Haarwuchs und die innere Sekretion, von N. Schereschewsky. (Russkaja Klinika, 1925, Bd. 3, Nr. 10.) Die experimentell-biologische wie auch die klinische Beobachtung spricht dafür, daß für die Behaarung eine jede der endokrinen Drüsen von Bedeutung ist. Die Summe aller dieser Wirkungen veranlaßt die normale Behaarung des Menschen. Verf. beschreibt einen Fall von völliger Haarlosigkeit nach überstandenen drei Typhus (exanthematicus, recurrens und abdominalis). Auf dem Körper des Pat. ist kein Härchen zu finden. Derartige Fälle sind sehr selten. Die Atrichose kann hier als Folge komplizierter Veränderungen im System der innersekretorischen Drüsen, im Basedow der Schilddrüse und der Keimdrüsen oder vielleicht auch als Folge von Erkrankung der Ganglien des sympathischen Nervensystems aufgefaßt werden.
A. Jordan-Moskau.

Dermatomykosen.

Ringworm of the Toes as Found in University Students (Trichophytie der Zehen bei Studenten), von S. H. Hulsen und F. M. Jordan. (Am. J. m. sc., 1925, Bd. 169, Nr. 2, S. 267.) Die Zehen sind sehr häufig der Sitz von Trichophytie, und von dort kann sich die Krankheit auf andere Körpergegenden verbreiten. Klinisch zeigt sich zumeist eine mazerierte Hyperkeratose zwischen 4. und 5. Zehe mit einem geringen Entzündungsrand. Ein solcher Befund wurde in 67% der untersuchten Studenten erhoben. Bei 49% wurden Pilze mikroskopisch nachgewiesen. F. Rosenthal-Berlin.

A Tinea X-Ray Couch (Ein Röntgentisch für Trichophytiebehandlung), von J. G. Tomkinson-Glasgow. (Brit. m. J., 1925, Nr. 3344, S. 212.) Die Lagerung von Pat. bei der Röntgenbestrahlung der subokzipitalen Kopfpartie wegen Trichophytie bietet manche Schwierigkeit dar. Zur bequemen andauernden Ruhigstellung des Kopfes bei freiester Körperlagerung hat T. einen Tisch mit beweglichem rundlichen Ausschnitt konstruiert, der ihm gute Dienste leistet und namentlich den Druck auf die Nase vermeidet. Abbildung.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Onychomykose à Pityrosporum ovale, von L. Baron, J. Magrou und J. Valtis. (Cpts. rend. des Séances de Soc. de Biologie, 1925, Bd. 92, Nr. 8, S. 557.) In abgekratzten Schuppen einer Onychomykose fanden sich in kernlosen Hornzellen zahlreiche polymorphe hefeartige Elemente, isoliert oder in dichten Gruppen, die sich — nach Vorbehandlung der Schuppen mittels Essigsäure, Entwässerung mit Alkohol und nachfolgender Entfettung durch Toluen — mit Toluidinblau (differenziert mit Nelkenessenz, gegengefärbt mit Eosin) gut färben ließen. Manche färbten sich gleichmäßig tiefblau und zeigten keine sichtbare Membran, andere zeigten blaßblaue Färbung und eine feine rosa Membran. Man beobachtet sphärische, verlängerte und gelappte Formen, die zwischen 2—11 μ, durchschnittlich 5,6 μ messen. Dieselben Organismen fanden die Autoren in seborrhoischen Herden auf dem behaarten Kopf und auf den Gesäßbacken in großer Menge wieder. Sie halten die Gebilde für Parasiten, die wohl mit dem in Schuppen des Kopfhaares häufig anzutreffenden Pityrosporum ovale Bizzozzero identisch sind. Die Infektion der Nägel erfolgte wahrscheinlich durch Kratzen. O. Grütz-Kiel.

Sur l'étiologie du chimbéré, nouveau type de dermatose endémique des Indiens du fleuve S. Miguel. Endodermophyton roquettei, n. sp., von O. da Fonseca. (Cpts. rend. des Séances de Soc. de Biologie, 1925, Nr. 4, S. 305.) Bei einem jungen Indianer von St. Miguelfluß in Brasilien beobachtete Verf. eine Dermatomykose, die aus zirzinären, farblosen schuppenden Herden auf Gesicht, Hals und vorderer Thoraxseite bestand. Im Bereich der Läsionen bestand eine ausgesprochene Achromie. Nach Angabe des Pat. waren alle Leute seines Stammes von der Dermatose befallen, die sie „chimbéré" nennen. Die Krankheit hat eine gewisse Ähnlichkeit mit der „Tokelau" oder

Digitized by Google

Tinea imbricata, läßt aber die für letztere charakteritische Anordnung in konzentrischen Ringen vermissen. In den Schuppen fand sich ein septiertes und verzweigtes Myzel, das auf Sabourauds Maltose-Agar zu erhabenen zerebriformen, feuchten Kolonien von gelb bis roter Farbe auswuchs; mikroskopisch sind in den Kulturen nur terminale und interkaläre Chlamydosporen nachweisbar, sowie Verzweigungsformen des Myzels, die den „Chandeliers faviques" des Achorion ähneln. Verf. sieht in dem Pilz eine neue Spezies der Gattung Endodermophyton Castellani, für die er den Namen Endodermophyton roquettei n. sp. vorschlägt, und die seiner Meinung nach mit den anderen Arten dieser Gattung in die Nähe des Genus Achorion zu stellen ist. O. Grütz-Kiel.

Behandeling van favus met sambol (Die Behandlung des Favus mit Sambol), von M. D. Horst. (Tijdschr. voor vergelijkende Geneeskunde, 1925, Bd. 11, H. 2, S. 131.) Sambol, eine hellgelbe, schwach nach Petroleum riechende Flüssigkeit, welche von der „Bataafsche Petreleum Maatschappij" hergestellt wird, ist ein neues Mittel gegen Favus, das eine Epilation überflüssig macht. Abbildungen eines geheilten Falles.
J. D. Kayser-Haag.

Isolated Favus of the Eyelid. Report of a Case (Isolierter Favus des unteren Augenlides), von S. S. Greenbaum-Philadelphia. (Am. J. of Ophtalmology, 1924, Bd. 7, Nr. 1.) Kurze Krankengeschichte eines rein auf das untere Augenlid links, dicht unter den Wimpern, lokalisierten Falles von Favus. Der Erreger war Achorion Quinckeanum. Die Heilung erfolgte zum größten Teil spontan. Favus ist in Amerika selten, und besonders die durch den tierischen Erreger verursachte Form. E. Rosenbaum-Berlin.

Della tigna favosa nei primi giorni della vita (Über Favus in den ersten Lebenstagen), von Bosellini, Klinik Rom. (Policlinico, 1925, H. 17.) Verf. berichtet über die Favuserkrankung eines kleinen Mädchens in den ersten 3 Tagen nach der Geburt. Lokalisation: Kopf. Verbreitung von hier nach einigen Wochen. Kulturell wurde Achorion Schönleinii nachgewiesen. Bezüglich des Infektionsmodus konnte nichts Bestimmtes nachgewiesen werden, da in der Umgebung des Kindes sich weder favuskranke Personen noch Tiere befanden. Verf. nimmt an, daß die Infektion indirekt durch von Ratten infizierte Wäsche stattgefunden habe, ein Modus, welcher schon von anderen Verff. nachgewiesen worden ist. E. Freund-Triest.

Tierische Parasiten und Fremdkörper.

Über zwei Fälle von Milbenerkrankungen bei Dattelpackerinnen, von M. Oppenheim und H. Taglicht, Hautabt. Wilhelminensp. Wien. (W. m. W., 1925, Nr. 6, S. 364.) Aus einer Reihe von Frauen, die mit dem Sortieren zum Teil verdorbener Datteln beschäftigt waren, erkrankten zwei an einem Gesicht, Hals, Nacken und beide Arme umfassenden, juckenden, teils knötchenartigen, teils Bläschen und Krusten bildenden Hautausschlag. Bei einer Untersuchung der Datteln konnte man in stellenweise ganz weißen, staubartigen Belägen derselben unter dem Mikroskop massenhaft lebende Milben und daneben Larven und Puppenstadien feststellen. Diese Milben gehören zu der Familie der Tyroglyphiden und werden als Carpoglyphus passularum bezeichnet. In den Bläschen und in abgeschabter Epidermis der Patientinnen konnten die Milben nicht nachgewiesen werden. Ebenso fehlten irgendwelche Milbengänge. Dennoch müssen sie als die auslösende Ursache bei dazu disponierten Personen angesehen werden. Bisher ist eine derartige Erkrankungsform durch Datteln nicht beschrieben. Therapeutisch konnte die Affektion durch Abtupfen der mit Knötchen bedeckten Hautteile mit 1%igem Salizylspiritus und Einpudern beseitigt werden. E. Langer-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 34 (Bd. 81) 22. August 1925

Aus der Universitätsklinik für Hautkrankheiten zu São Paulo (Brasilien)
(Direktor: Prof. Dr. Adolpho Lindenberg).

Über einen Fall von Psoriasis arthropathica kompliziert durch Akrodermatitis atrophicans.

Von

Dr. Otto Konrad Scholl,
Facharzt für Hautkrankheiten in Bochum.

Mit 4 Abbildungen im Text.

Vergeblich hat im Jahre 1913 in Philadelphia ein eigens zur Untersuchung der Psoriasis aufgestelltes Komitee unter der Leitung Jay T. Schambergs in Gewebs- und Blutuntersuchungen nach Erregern der Psorias gesucht[1]) — ein Weg, der beim Fahnden nach der Ätiologie der Psoriasis immer wieder lockt. So erwog erst kürzlich noch im Institut „Oswaldo Cruz" Manguinhos (Rio de Janeiro) im Verlauf einer Unterhaltung der verdiente schweiz.-brasilianische Forscher Adolpho Lutz mir gegenüber die Möglichkeit, es könne sich bei der Psoriasis um eine Spirillose handeln, im Hinblick auf die schubweise Aussaat der Effloreszenzen und ihrer gelegentlichen Beeinflußbarkeit durch Arsen. „Bakterienerkrankungen heilen aus, Protozoenerkrankungen verschwinden, um wiederzukehren", schloß Dr. Lutz seine Betrachtungen.

Das ist eine Theorie, unbewiesen wie all die anderen, aber immerhin ebensogut diskutabel wie diejenige von Iwan Bloch, der die Schuppenflechte kurzweg ein Anhängsel des Ekzems nennt; eher diskutabel, wenn man im Gefolge eines Psoriasisschubes oder gar gleichzeitig mit ihm — und nach Bourdillon in nicht weniger als 5 % aller Psoriasisfälle — Arthropathien, rheumatoide Schmerzen bis schwerste Gelenkveränderungen, auftreten sieht. Leichter geht mir dann noch der Gedanke ein, demzufolge Audry, Petges u. a. die Psoriasis mit der Tuberkulose in Zusammenhang bringen, auf Grund der beiden Krankheiten eigentümlichen, ähnlichen Gelenkerkrankungen, und zwar aus folgendem Grunde:

In Brasilien ist die Hauttuberkulose außerordentlich selten — wahrscheinlich infolge der Intensität der Sonnenstrahlung — und sehr viel seltener als in Europa ist auch die Psoriasis in Brasilien. So habe ich im ganzen Monat November 1924 unter dem reichen poliklinische Material

[1]) Von Lipschütz und Prowazek sind in Ausstrichen von Psoriasiseffloreszenzen Gebilde beschrieben worden, die Ähnlichkeit zeigen mit den Strongyloplasmen beim Molluscum und bei der Taubenpocke sowie mit den Elementarkörperchen bei der Variola (Kyrle).

Digitized by Google

der Santa Casa in Sao Paulo nur einen Fall von frischer Psoriasis gesehen, während uns von anderen, in Europa selteneren Hauterkrankungen — um nur ein Beispiel zu nennen — wöchentlich mindestens ein Fall von Sporotrichose — kulturell fast ausschließlich Typ Beurmann — begegnete.

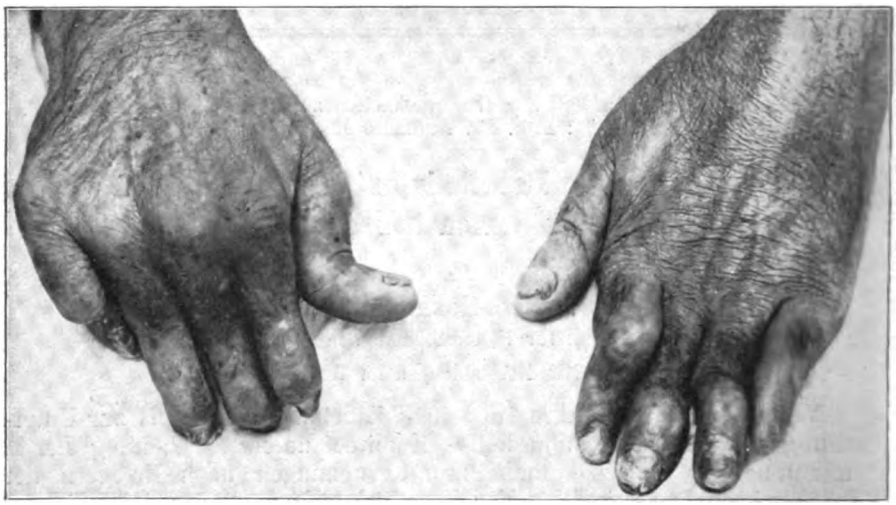


Abb. 1.

Abb. 2.

Daß die Psoriasis aber auch in Brasilien mit Gelenkerkrankung einhergehen kann, dürfte die Publikation unseres Falles rechtfertigen, ganz zu schweigen von der Schwere der „frühzeitig zur Mißstaltung führenden" (Adrian) Gelenkveränderungen, die gleichzeitig mit Generalisierung

Digitized by Google

einer bestehenden Psoriasis einsetzten. Interessant sind auch die starken Nagelveränderungen (siehe Lichtbilder) und die nebenherlaufende Akrodermatitis atrophicans. Oder bedeutet die letzte Erscheinung kein Zufallsbefund? Ist man nicht versucht, Psoriasis, Arthropathie und Akrodermatitis auf ein gemeinsames Konto, auf das einer Störung im Haushalt der inneren Sekretion, zu setzen?

In unserem Falle handelt es sich um einen 44jähr., vor 23 Jahren in Brasilien eingewanderten Portugiesen, bei dem sich die ersten Psoriasiserscheinungen vor 8 Jahren, die ersten Gelenkveränderungen vor 4 Jahren einstellten.

Die Vorgeschichte ergibt:

Manoel Joaquim das Neves, Arbeiter, ist 1880 geboren, 1902 Gonorrhoe. 1907 im Sulkus 2 tiefe, schmerzhafte Geschwüre, die, nachdem sie 2 Monate bestanden hatten — psychologisch interessant — von einer Prostituierten mit gebrannten Eierschalen und

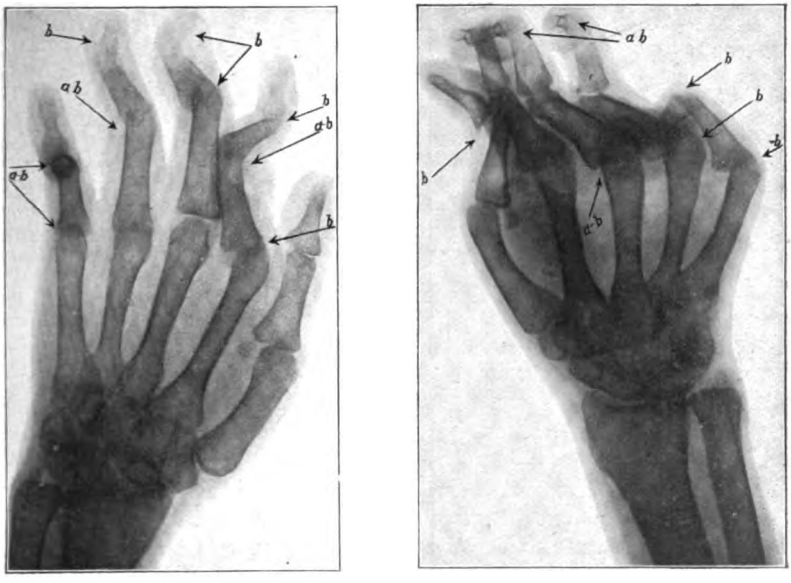


Abb. 3.

Kupfervitriollösung innerhalb von 14 Tagen kuriert wurden. 1908 Malaria, mit Chinin behandelt; 1916 Psoriasis in Form einiger Plaques auf der Streckseite der Ellenbeugen, Kniegelenke, am Nabel und in der Kreuzbeingegend; 1917 Hautleishmaniose am linken Ohr, linken Unterarm und linken Oberschenkel.

Gelegentlich einer Injektion gegen die schwerheilende Leishmaniosis traten, angeblich am Tage nach der Einspritzung eines neuen Medikamentes, im Oktober 1920 starke, sehr schmerzhafte Rötung und Schwellung der Endgelenke des kleinen und des Ringfingers links, des rechten Kniegelenkes, des linken Schultergelenkes sowie des ersten Kiefergelenkes auf. Gleichzeitig generalisierte sich die bis dahin aus einigen Plaques bestehende Psoriasis. Unter Salbenverbänden gingen die Hauterscheinungen bis auf ein paar vereinzelte Herde zurück, während immer wieder andere Gelenke dazu erkrankten: nach und nach ungefähr alle Finger- und Zehengelenke und auch das linke Kniegelenk.

Mit Ausnahme des Kiefergelenkes, das wieder ganz normal wurde, blieben in allen übrigen befallenen Gelenken, nach Verschwinden von Rötung und Schwellung, zum Teil schwerste Veränderungen zurück, die den Pat., schließlich auf fremde Hilfe ange-

Digitized by Google

wiesen, ans Bett fesselten. Eine erneute Generalisierung der Psoriasis führte ihn im März 1924 in die Hautabteilung der Santa Casa in Sao Paulo. Unter 5 Schwefel-Guajakolinjektionen nach PAUTRIER — ein übrigens wenig empfehlenswertes Verfahren, das außerordentlich schmerzhaft ist, ganz zu schweigen von dem oft mehrere Tage anhaltenden Fieber, das es verursacht — heilte die Hauteruption bis auf einige Plaques ab, während die befallenen Gelenke keinerlei Besserung zeigten.

Dem geistig regen Pat. ist weder das Vorkommen von Schuppenflechte noch von Gelenkerkrankungen in seiner Familie bekannt.

Die Untersuchung des Pat. am 25. November 1924 ergibt:

Mittelgroßer, kräftig gebauter Mann in gutem Ernährungszustande. Die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet und ohne Veränderungen. Die Pupillen reagieren

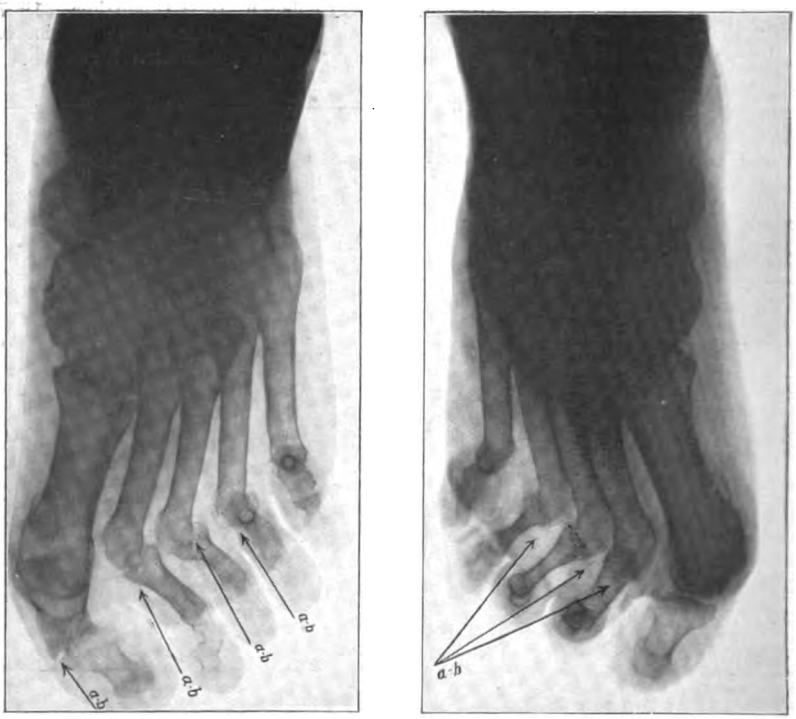


Abb. 4.

prompt auf Licht und Konvergenz. Die Patellarreflexe sind beiderseits gesteigert. Achillessehnenreflex fehlt. Keine Störung der Hautsensibilität.

Die Untersuchung der inneren Organe ergibt nichts Krankhaftes. Urin: klar, Eiweiß: 0, Zucker: 0, Wassermann: Ø. Ungefähr die Hälfte der rechten Ohrmuschel fehlt, vernarbt. Defekt von einer Leishmaniosis herrührend, die auch auf der Streckseite des linken Oberschenkels, an der Innenseite des linken Unterarmes mehrere taler- bis kinderhandgroße, oberflächliche, unregelmäßige Narben hinterlassen hat.

Beiderseits über der Streckseite der Ellenbeuge, in der Mitte des linken Unterarmes Streckseite, handbreit unter der rechten Brustwarze, je eine etwa fünfmarkstückgroße, inveterierte typische Psoriasisplaque.

Auf dem Rücken zahlreiche dunkelpigmentierte, meist runde Stellen, die von abgeheilten Psoriasisherden herrühren.

Im Sulkus des Penis zwei bohnengroße, oberflächlichliche Narben, Dorsalseite. Hand- und Unterarm-, Fuß- und Unterschenkelmuskulatur deutlich atrophisch. Der

Digitized by Google

Pat. kann nur wenige Schritte breitspurig watschelnd gehen. Linke Hand in Stellung einer Radialislähmung versteift.

Die Fingergelenke beider Hände zeigen, wie aus den Lichtbildern ersichtlich, fast ausnahmslos schwerste Veränderungen. Von der Ulnarseite gesehen, haben die Finger S-Form angenommen, mit Ausnahme des linken Daumens, der in seinem Endglied gut beweglich und nur im proximalen Gelenk versteift ist.

Die Haut über den Endgliedern der atrophischen Finger ist glatt, glänzend, gerötet. Die Nägel sind zum Teil von der Unterlage abgeschoben, verdickt, brüchig und glanzlos.

Das linke Schultergelenk läßt sich nur bis zu einem Winkel von ungefähr 45° abduzieren.

Hüft- und Kniegelenke gut beweglich, jedoch bei Bewegung in den Kniegelenken hörbares Knirschen.

Die großen Zehen sind beiderseits in ihrem Endgelenk nahezu rechtwinklig nach unten durchgeknickt. Die übrigen Zehen in ihren proximalen Gelenken scharf an den Fußrücken angezogen. Die Nägel an den Zehen sind ebenfalls verdickt, mit stumpfer, zerklüfteter Oberfläche.

In den befallenen Gelenken angeblich ständig, auch im Ruhezustand, Schmerzen, die gelegentlich exazerbieren.

Die Haut über dem Fußrücken, am Unterschenkel bis dicht zum Knie, ferner über den Handrücken sowie über der Außenseite des Unterarms in seinem distalen Drittel ist dünn, schilfernd und fältet sich wie Zigarettenpapier, sie erscheint zu weit.

Das Röntgenbild bestätigt auch in unserem Falle die große Ähnlichkeit der psoriatischen Arthropathie mit der Arthritis chronica deformans! Ankylose und Fehlen der Zwischenräume an den mit a und Luxation an den mit b bezeichneten Gelenken. Im linken Schultergelenk Unebenheiten der Gelenkflächen mit knöcherner Atrophie des Humeruskopfes infolge Inaktivität. Die Unterscheidung ergibt sich auch hier durch die Koinzidens mit der Hauterscheinung und vor allem durch den Verlauf der Gelenkerkrankung selbst.

Sicherung der Diagnose Psoriasis durch Biopsie im rechten Ellenbogenherd: ins Auge fällt zuerst das Fehlen des Stratum granulosum sowie das Fortbestehen von plattgedrückten Kernen in der in Lamellen zerfallenden Hornschicht. Parakeratose. Zahlreich sind die von der Stachelzellenschicht auf die Hornschicht übergreifenden Miliarabszesse aus Polynukleären.

Das Rete Malpighii ist deutlich hypertrophisch, die Zellen erscheinen ödematös: Akanthose.

Die Papillen sind verlängert, zylindrisch und drängen sich stellenweise bis dicht zur Hornschicht. Ihre Gefäße sind erweitert, von einzelnen runden Zellen umgeben.

An dieser Stelle sei mir auch gestattet, einer Ehrenpflicht zu genügen, für die überaus liebenswürdige Aufnahme, die ich als Deutscher in den brasilianischen Krankenanstalten gefunden habe, meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen. Ganz besonders danke ich Herrn Professor Lindenberg für die gütige Überlassung des Falles, Herrn Dr. Abilio Martins de Castro für die gute Unterstützung, die er mir zuteil werden ließ.

Literatur.

Adrian, Über Arthropathia psoriatica. Mitt. Grenzgeb., 1903, Bd. 11, S. 237 bis 283. — Bourdillon, Psoriasis et arthropathies. Thèse de Paris, Année 1888, Nr. 328. — Iwan Bloch, Die Praxis der Hautkrankheiten. 1908. — L. Brocq, Traité élémentaire de dermatologie pratique, 1907, Bd. 2. — Kaposi, Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 1887. — Kyrle, Vorlesungen über Histobiologie der menschlichen Haut und ihrer Erkrankungen, 1925, Bd. 1.

Digitized by Google

Über zwei klinisch beobachtete Sklerodermiefälle[1]).

Von

Dr. L. Sirota,

leitender Arzt der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten der I. Arbeiterpoliklinik zu Schitomir (Ukraine).

Mit 2 Abbildungen im Text.

Bei der ziemlichen Seltenheit der Sklerodermie halte ich für notwendig, über meine zwei eigenen Beobachtungen mitzuteilen, damit durch eine umfassende Kasuistik eine weitere Klärung über die Ätiologie bzw. Therapie dieser Erkrankung erfolgen kann.

Zur Illustration möchte ich nun die Krankheitsgeschichten herausgreifen.

Fall 1. M. G., 29jähriger, lediger Maurer von mittlerer Größe, gutem Ernährungszustand, regelmäßigem Körperbau; in der Kindheit soll er Masern, Scharlach und Windpocken durchgemacht haben. Im Jahre 1920 Flecktyphus und Rekurrens; vor zwei Jahren Febris intermittens, im Jahre 1923 akute Gonorrhoe. Von seinem zwölften Lebensjahre fing er an, große Mengen von „Wodka" zu trinken; die letzten zwei Jahre will er viel weniger getrunken haben. Der Vater soll auch starker Potator sein, sonst ist die Familienanamnese vollständig belanglos. Die jetzige Hauterkrankung soll sich vor sechs Monaten gebildet haben; damals bemerkte er auf der linken Seitenfläche des Abdomens und später in dem Gebiete des Processus xyphoideus eine halbrubelgroße teigige Schwellung, die allmählich an Größe und Härte zunahm.

Aufnahmebefund am 9. Dezember 1924:

Kopf, Hals, Thorax, Extremitäten, Rumpf normal.

Pupillen beiderseits rund, reagieren prompt auf Licht und Konvergenz.

Lungen, Abdomen o. B.

Cor: Normale Grenze, Spitzenstoß deutlich fühlbar; erster Ton an der Mitralis unrein, leise, zweiter Pulmonalton akzentuiert. Blutdruck nach Riva-Rocci (Art. brachialis) 92.

Nervensystem: Sehnenreflexe gesteigert, kein Klonus; geringes Zittern der ausgestreckten Hände, übrige Reflexe normal. Dermographismus. Sympathikotonische Erscheinungen. Thyreoidea, Hypophysis (röntgenoskopisch) normal; keine Abnormitäten von seiten des Urogenitalapparates. (Für diesen Status habe ich Herrn Dr. Lehrmann zu danken.) Fäzes, Urin o. B.

Blut: Hb. 78%, Erythrozyten 4000000, Leukozyten 9600, Neutrophilen 72%, Lymphozyten 22%, Eosinophilen 5%, Mononukleäre 0, Übergangszellen 1%.

WR, SGR und MR negativ.

Hautstatus: An der Vorderfläche des Abdomens im Winkel zwischen beiden Rippenbogen eine unregelmäßige handtellergroße, derbe Hautinfiltration, die weder eindrückbar, noch faltbar ist; die Konsistenz ist bretthart. Jedes Eindrücken ist schmerzhaft; die Effloreszenz fühlt sich kühl an, die Farbe ist bläulichweiß. Ebenfalls auf der linken Seitenfläche des Abdomens, ungefähr in gleicher Höhe mit der Spina iliaca anterior superior, macht sich ein zweiter Herd sichtbar: 3×8 cm große Effloreszenz von ovaler Form, die von einem bläulichen Saum umgeben ist; im Zentrum mehr oder weniger eingesunken von weißgelblicher Farbe. Auch diese Effloreszenz ist derb infiltriert, sehr hart, fühlt sich kühl an. Geringe Schmerzen beim Eindrücken. Oberhalb dieser Stelle auf der Thoraxseitenfläche noch zwei markstückgroße Herde.

Betrachten wir den Hautstatus bei diesem Kranken, so haben wir vor uns einen typischen Fall von Sklerodermie. Da von anderer Seite

[1]) Demonstriert in der Dermatologischen Sektion zu Schitomir am 7. Februar 1925 (nur Fall 1).

Digitized by Google

mir auf die bei ihm vorhandene Sympathikotonie hingewiesen wurde, was möglicherweise auch als Ursache der Sklerodermie angedeutet werden könnte, entschloß ich mich, zuerst meinen Patienten mit intravenösen Einspritzungen von Calcium chloratum zu behandeln. Es ist wohl bekannt, daß dem Kalziumstoffwechsel bei vielen Dermatosen große Bedeutung zugeschrieben wird (Pulaj, Packheiser, Petheo u. a.), und wie Burrigde und neuerdings Zondek gezeigt haben, wirkt der Kaliumüberschuß wie eine Vagusreizung und Kalziumüberschuß wie eine Sympathikusreizung, und deshalb stand mir der Gedanke nahe, auch in diesem Falle die Sympathikotonie zu beeinflussen.

Über die Wirkung des Calcium chloratum in solchen Fällen bei anderen Dermatosen habe ich auch auf verschiedenen anderen Stellen berichtet.

Im ganzen wurden bei meinem Kranken sechs intravenöse Einspritzungen von Calcium chloratum gemacht. Am ersten Tage bekam er 4,0 einer 10%igen Lösung, an den nächsten Tagen zu 6,0 auf einen Tag. Die weitere Behandlung mit Calcium chloratum mußte ich aufgeben, weil merkwürdigerweise nach der letzten Einspritzung sich bei dem Pat. ganz akut auf der vorderen Thoraxfläche rechts und links, oberhalb und unterhalb des Schlüsselbeines atrophische Herde bewiesen haben. Diese Effloreszenzen von verschiedener Größe und Form, von deutlich glänzend weißgelblicher Farbe haben sich ganz dünn und kühl angefühlt (s. Abb. 1), dabei keine Beschwerden, gutes Allgemeinbefinden. Ebenfalls auf der linken Thoraxseitenfläche, im Gebiete der 5.—6. Rippe hat sich ein bläulicher Saum gebildet, der zwei Tage später eine teigige Schwellung von Markstückgröße umsäumt hat (s. Abb. 2).

Da weder von der Thyreoidea, noch von den Hoden, noch von der Hypophysis etwas Pathologisches festgestellt werden konnte, versuchte ich auf Grund des vorhandenen niedrigen Blutdruckes und Erscheinungen kardiovaskulärer Asthenie eine Hypofunktion der Nebenniere anzunehmen und dementsprechend die weitere Behandlung mit Adrenalin fortzusetzen. Eine Hypofunktion der Nebenniere als Ursache der Sklerodermie annehmen zu dürfen, erschien mir für gerechtfertigt, weil darüber noch früher Bolten, Levin u. a. berichtet haben.

Im ganzen hat der Kranke 20 intrakutane Einspritzungen von Sol. adrenalini (1:1000) bekommen, jedesmal 1,0 auf einen Tag. Es ist zu bemerken, daß nach der 14. Einspritzung das Infiltrat im Epigastrium sich zu pigmentieren begonnen hat, und am Ende der Behandlung hat sich eine deutliche braune Verfärbung der Effloreszenz sichtbar gemacht (s. Abb. 2).

Die Wirkung auf die verhärteten Herde war überraschend; mit jedem Tage wurde das Infiltrat kleiner und am Ende der Behandlung kaum fühlbar. Die akut nach Einspritzungen von Calcium chloratum zustande gekommenen atrophischen Herde sind unbeeinflußt geblieben. Der Pat. fühlt sich ganz wohl.

Zwei Wochen nach Beendigung der Behandlung wiederholte Blut-, Urin- und Fäzesuntersuchung.

Blut: Hb. 80%, Erythrozyten 4200000, Leukozyten 8000, Index 0,96, geringe Oligochromämie, selten Poikilozyten, Neutrophilen 64%, Lymphozyten 32%, Eosinophilen 3%, Mononukleäre 0, Übergangszellen 1%.

Urin: Spezifisches Gewicht 1,024, Reaktion sauer, Eiweiß 0,008‰, Urobilin wesentlich vermehrt, reichlich oxalsaurer Kalk, viel Plattenepithel; Leukozyten 2—4 im Gesichtsfeld, einige Erythrozyten, sonst ohne Befund.

Fäzes normal.

Digitized by Google

WR, SGR und MR negativ.
Blutdruck nach Riva-Rocci (Art. brachialis) 130.
Vergleichen wir diesen Befund mit dem, den wir bei der Untersuchung am 9. Dezember 1924 bekommen haben, so ergibt sich ohne weiteres, daß wir in dem Allgemeinzustand unseres Kranken eine bedeutende Besserung konstatieren dürfen[1]).

Wenn wir also in diesem Falle die Sklerodermie auf eine Hypofunktion der Nebenniere zurückzuführen berechtigt sind, so scheint der nächste Fall auch von großem Interesse zu sein im Sinne der Aufklärung seiner Ätiologie.

Abb. 1.

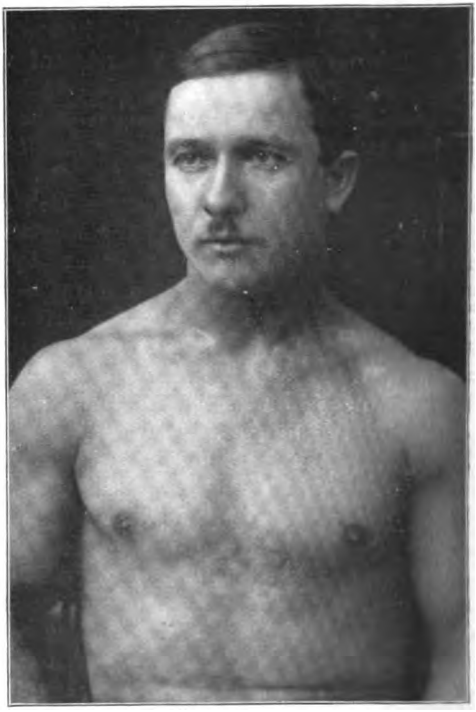


Abb. 2.

Es ist wohl bekannt, daß auch schwere nervöse Erschütterungen eine Sklerodermie auslösen können, was neuerdings wieder von Orsi, Castle bewiesen wurde.

Im folgenden möchte ich über einen Sklerodermiefall berichten, der durch eine nervöse Erschütterung ausgelöst wurde.

---

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: Inzwischen hat sich der Patient wieder am 15. März und 1. April dieses Jahres vorgestellt. Die braune Verfärbung im Epigastrium hat sich kaum zurückgebildet, sie bekam aber eine deutliche Glänze. Die akut entstandenen Herde haben an Größe abgenommen und verlieren allmählich ihre Glänze. Von einer Verhärtung kann keine Rede mehr sein. Der Patient fühlt sich ganz wohl, der Appetit soll sich bei ihm viel gebessert haben. Wiederholte Blut-, Urin- und Fäzesuntersuchung ohne Befund.

Digitized by Google

Fall 2. D. J., 37jähriger Forstmann von mittlerer Größe, sehr gutem Ernährungszustand, regelmäßigem Körperbau, verheiratet, hat zwei gesunde Kinder. In seinem fünften Lebensjahre soll er Scharlach und Masern durchgemacht haben, im Jahre 1920 Flecktyphus. Familienanamnese o. B. Hat sich immer sehr wohl gefühlt, ständig arbeitsfähig und lustig. Ende April 1924 soll er einen großen Schreck erlebt haben: Banditen fielen ihn im Walde an und wollten ihn erschießen. Nach diesem Vorfall war er einige Tage bettlägerig, konnte weder essen noch trinken, war sehr nervös, zeitweise stark aufgeregt. Mitte Mai bemerkte er auf der oberen mittleren Vorderfläche des Abdomens eine erbsengroße teigige Schwellung, die allmählich an Größe zunahm. Besonders soll sich diese Effloreszenz in den letzten drei Monaten vergrößert haben.

Aufnahmebefund am 10. November 1924:

Kopf, Hals, Rumpf, Extremitäten o. B.

Pulmones, Cor normal; Blutdruck nach RIVA-ROCCI (Art. brachialis) 125.

Pupillen beiderseits rund, reagieren prompt auf Licht und Konvergenz.

Thyreoidea, Testis, Hypophysis (röntgenoskopisch) normal.

Nervensystem: Sämtliche Sehnenreflexe sehr gesteigert; Korneal- und Pharynxreflex fast aufgehoben. Deutliches Zittern der ausgestreckten Hände, ausgesprochener Dermographismus; Sensibilität gesteigert. (Ebenso liebenswürdigerweise von Dr. LEHRMAN aufgenommen.)

Hautstatus: Auf der inneren Fläche des rechten Oberarms, ebenso auf der Seitenfläche der rechten Thoraxhälfte drei Narben von verschiedener Größe und Form, die der Pat. auf eine Brandwunde in der Jugend zurückführen will; am Rücken ausgesprochene Acne vulgaris. An der Vorderfläche des Abdomens, in seiner oberen Hälfte direkt in der Mitte läßt sich deutlich eine teigige Schwellung der Haut wahrnehmen, die sich etwas auf die Thoraxfläche hinauf erstreckt. Die Effloreszenz ist ungefähr rund, von 8 × 10 cm Größe, mattweißlich mit Übergang ins Bläuliche. Die Schwellung ist ein wenig eindrückbar, aber gar nicht faltbar. Die Schwellung soll beim Drücken schmerzhaft sein. Keine wesentlichen Beschwerden.

WR, SGR und MR negativ.

Blut: Hb. 74%, Erythrozyten 4000000, Leukozyten 6800, Index 0,85, Neutrophilen 62%, Lymphozyten 30%, Eosinophilen 6%, Mononukleäre 0, Übergangszellen 2%.

Urin: Spezifisches Gewicht 1,020, Eiweiß 0,03‰, reichlich oxalsaurer Kalk, Leukozyten 4—8 im Gesicht, sonst ohne Befund.

Fäzes normal.

Wenn wir nun diesen Fall zusammenfassen, so ergibt sich ohne weiteres, daß wir vor uns eine umschriebene Sklerodermie haben, die durch einen Schreckzustand ausgelöst wurde.

Leider mußte mein Pat. auf längere Zeit verreisen, und ich war gezwungen, seine Behandlung aufzugeben.

Wenn wir nun alles zusammenfassen, so dürfen wir wohl annehmen, daß nicht nur das Versagen einzelner oder gleichzeitig mehrerer Drüsen mit innerer Sekretion als Ursache dieser eigentümlichen Erkrankung gelten kann, sondern es können auch andere Momente in bezug auf die Ätiologie gezogen werden. Die Erkrankungen des Nervensystems, der Blutkapillaren, worauf DINKLER zuerst hingewiesen hat, trophische Neurosen, Infektionskrankheiten (ZIELER, LAIGNEL-LAVASTINE, COULAND, LARGEAU, DEBRÉ, LÉRI u. a.), vielleicht auch Lues, ja sogar kariöse Zähne (LITTLE), Stoffwechselstörungen, nervöse Erschütterungen können die Sklerodermie auslösen.

Die unklare Ätiologie dieser Erkrankung erklärt auch die mannigfachen therapeutischen Maßnahmen, die zur Behandlung von verschiedenen Seiten herangezogen worden waren. Ebenso die Behandlung mit Extrakten der endokrinen Drüsen können je nach der Ursache auch periarterielle Sympathikektomie (ORSI, FORSTER, MÜLLER u. a.), Jodkaliumionisation JEANSELME, BOURGIGUSON, LUCAS), Elektrolyse und Iontophorese (BELOT, NATHAN), Röntgenbestrahlung und vielleicht auch die kritikvolle Behand-

Digitized by Google

lung der Stoffwechselstörungen großen Nutzen bringen. Ja man will sogar in einigen Fällen von umschriebener Sklerodermie eine selbständige Rückbildung gesehen haben (Darier).

Viele Ursachen und ebenso viele Behandlungsmethoden, die angegeben worden sind, nötigen uns immer zu großer Vorsicht bei der Entscheidung jedes einzelnen Falles. Die nicht auf dem richtigen Wege eingeleitete Therapie kann wahrscheinlich auch eine Verschlimmerung herbeiführen, was ich bei der Behandlung mit Calcium chloratum (Fall 1) erlebt habe.

Hoffentlich wird uns das weitere Forschen die Ursache dieser Hauterkrankung aufklären, und wir werden imstande sein, auch die Behandlung auf den rechten Weg zu leiten.

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Staatsinstitutes für medizinische Wissenschaften in Leningrad (Leiter: Prof. E. Friedmann).

Über die Behandlung der Lues mit Wismut bzw. mit Wismut-Diasporal.

Von

Dr. Eugen Salkind.

Das im Jahre 1921 von Levaditi und Sazerac mit Erfolg eingeführte antiluetische Wismutpräparat in Form von Trepol gewann sehr bald zahlreiche Anhänger und wurde vielfach angewandt, so daß uns jetzt über 100 antiluetische Wismutpräparate zur Verfügung stehen. Wir möchten aber nicht an dieser Stelle noch einmal wiederholen, was bereits über die allgemein bekannte Geschichte, Literatur und Eigenheiten des Wismuts bei der Luesbehandlung (Grimme, Neuber, Britschew, Salkind u. v. a.) gesagt worden war. Wir wollen nur darauf hinweisen, daß, während nach Feststellungen verschiedener Autoren die Wirkung auf Lues fast sämtlicher Präparate im allgemeinen gleich ist, die Nebenerscheinungen, welche auf das in ihnen enthaltene Wismut zurückzuführen sind, bei verschiedenen Präparaten von verschiedener Intensität sind. Infolgedessen gilt als das beste Präparat eben dasjenige, welches bei maximaler Wirkung die minimalsten Nebenerscheinungen hervorruft.

Dieses Problem wurde von vielen Autoren, die gleichzeitig verschiedene Präparate anwandten, nachgeprüft; aber ihre Schlußfolgerungen sind verschieden, da gegenwärtig fast jedes einzelne Präparat seinen Anhänger hat, der gerade dem einen oder dem anderen Präparat den Vorzug gibt.

Durch die Liebenswürdigkeit Dr. V. Klopfers-Dresden und Dr. J. Grünbergs-Leningrad, der uns mit Dr. Klopfer in Verbindung setzte, wofür wir bei dieser Gelegenheit beiden Herren unseren verbindlichsten Dank aussprechen, gelang es uns, zwecks Versuche eines der neuesten Wismutpräparate zu verschaffen: Wismut-Diasporal, das in Dresden durch die Fabrik Dr. Klopfers hergestellt wird.

Dieses Präparat stellt kolloidales, hochdisperses Wismut dar und wird durch die Fabrik für intravenöse und intramuskuläre Einspritzungen fertig hergestellt.

Das erste Präparat, nämlich Wismut-Diasporal (kolloidales Wismuthydroxyd), wird in geschlossenen Ampullen à 1,5 ccm mit 50 mg Bi $(OH)_3$ und à 3 ccm mit 100 mg Bi $(OH)_3$ hergestellt; dieses Präparat wird zweimal wöchentlich à 1,5—3,0 intravenös injiziert. Das zweite Präparat, Wismut-Diasporal J. G. (Emulsion des kolloidalen Wismutoxyds), ist eine ölige gelbliche Flüssigkeit, in welcher jedes 1 ccm 100 mg Bi enthält. Dasselbe wird in Fläschchen à 20 ccm hergestellt, aus welchen nach Umschütteln der Emulsion, je nach Bedarf mit einer Spritze, aufgezogen und zweimal wöchentlich à 1,0—1,5 ccm intraglutäal eingespritzt wird.

Digitized by Google

Während Lenzmann das intravenöse Wismut-Diasporal vorzieht und es als ein glänzendes Mittel bezeichnet und ebenso Dietel, Alker und Waldmann sich darüber günstig aussprechen, zieht Dyboski die intramuskulären Wismutpräparate vor. Ploss, Neuendorf und Frühwald haben die Wirkung beider Wismut-Diasporalpräparate verglichen und den Schluß gezogen, daß die Wirkung des Wismut-Diasporals J. G. stärker und anhaltender ist.

Die Ansicht, daß das Bi am besten bei kombinierter Anwendung von intravenösen und intramuskulären Präparaten wirkt, hat auch ihre Anhänger betreffs des Wismut-Diasporals (Neuendorf).

Bei unseren Beobachtungen haben wir einen Unterschied von der Wirkung des intramuskulären und intravenösen Wismut-Diasporals sowie einen größeren Effekt durch kombinierte Behandlung mit beiden Präparaten nicht feststellen können, und wir waren bei der Wahl des Präparates geneigt, uns hauptsächlich nach der Bequemlichkeit der Art und Weise der Einführung in jedem einzelnen Falle zu richten, obwohl wir (schon mit Rücksicht auf den Todesfall von Magnus nach der intravenösen Einspritzung von Wismulen) auf alle Fälle die intramuskulären Präparate vorziehen würden.

In unserer Behandlung standen vom Januar 1924 bis Januar 1925 29 Pat.: 15 von ihnen befanden sich in klinischer Behandlung, 6 Pat. wurden von Dr. Th. Mamissow, einem klinischen Assistenten, in Nachimsons Spital behandelt; die übrigen Pat. standen bei mir in ambulatorischer Behandlung. Die meisten der klinischen Fälle behandelten wir zusammen mit Dr. A. Rubaschow, einem Praktikanten der Klinik.

Unter diesen Fällen waren 2 Pat. mit Primäraffekt und Sekundärerscheinungen, 14 mit Lues II, 4 mit Lues III und 5 mit Neurosyphilis. 9 Pat. bekamen zweimal wöchentlich ausschließlich intravenöse Injektionen à 1.5—2,0 g Wismut-Diasporal, 15 Pat. Wismut-Diasporal J. G. intramuskulär à 1,0—1,2 g ebenso zweimal wöchentlich, 2 Pat. kombinierte Injektionen Wismut-Diasporal und Wismut-Diasporal J. G., und schließlich 3 Pat. bekamen Wismut-Diasporal J. G. und Neosalvarsan.

Bevor wir jetzt zur Übersicht der angewandten Präparate in ihrer Wirkung übergehen, müssen wir erwähnen, daß wir keine Versuche, die Lues durch Wismut-Diasporal zu kupieren, angestellt haben, da wir in solchen Fällen nicht Wismut, sondern Salvarsan wegen seiner stärkeren Wirkung für zweckmäßiger halten. Und in der Tat blieben die Versuche von Bardach und Neuendorf, die Lues durch diese Wismutpräparate zu abortivieren, erfolglos. Dennoch konnten wir die Wirkung des Wismut-Diasporals in zwei Fällen von Primäraffekt verfolgen. Schon nach zwei Injektionen waren im Schanker keine Spirochäten mehr nachzuweisen, und derselbe heilte in beiden Fällen nach 10 bis 11 Injektionen.

Was die Beobachtungen über die Erscheinungen der Sekundärlues anbetrifft, so muß in erster Linie auf die relativ langsame Resorption der Roseola hingewiesen werden, die allerdings gewöhnlich auch den anderen antiluetischen Mitteln bzw. anderen Wismutpräparaten schwer zugänglich ist.

Die von uns in zwei Fällen behandelte frische primäre Roseola resorbierte sich in einem Falle nach 9 intramuskulären, im zweiten Falle nach 10 intravenösen Injektionen. In beiden Fällen konnten wir schon nach der ersten Injektion eine auffallende Reaktion Herxheimer feststellen. Bei der rezidivierenden Roseola trat die Resorption schon nach 6—9 Injektionen ein.

Was andere Erscheinungen bei sekundärer Lues anbetrifft, so erwies sich hier die Wirkung des Wismut-Diasporals direkt glänzend. Bei Pat. mit Papeln an den Mandeln, am Gaumen und an der Zunge, mitunter sehr erheblichen und vorgeschrittenen, ohne jegliche Lokalbehandlung (was auch in allen anderen Fällen beobachtet wurde), konnte man eine Besserung (Linderung der subjektiven Beschwerden, Abnahme der Röte, Resorption) bereits nach 1—2 Injektionen und vollständige Resorption sämtlicher Papeln nach 3—5—7 Injektionen feststellen. Ebenso groß war der Heileffekt an den Papeln der weiblichen Genitalien, an welchen die vorgeschrittenen Papeln schon nach der ersten Injektion rasch abnahmen; bei kleinen Papeln trat nach 2 Injektionen, bei großen Papeln nach 4—6 Injektionen vollständige Heilung ein.

Vegetierende Papeln trockneten meist schon nach 1—2 Injektionen und resorbierten sich vollständig nach 5—6—7 Injektionen. In einem Falle resorbierte sich ein großes breites Kondylom (etwas größer als ein Hühnerei) vollständig nach 10 Injektionen (Anam. II). Die von uns in 4 Fällen behandelte Aphonie nahm nach 1—2 Injektionen ab und verschwand bei sämtlichen Pat. nach 5—7 Injektionen.

Auch bei tertiärer Lues (4 Fälle) leistete Wismut-Diasporal einen großen Dienst.

Digitized by Google

In 3 Fällen von erheblichen gummösen Ulzerationen am Ober- und Unterschenkel trat Granulation derselben schon nach 1—2 Injektionen ein, und allmählich abnehmend, heilten sie in 2 Fällen vollständig nach 8—11 Injektionen. Im dritten Falle, in welchem fast ein Drittel des Unterschenkels affiziert wurde, verkleinerte sich die Ulzeration nach der 13. Injektion bis $^1/_5$—$^1/_6$ des Unterschenkels und bedurfte noch der weiteren Behandlung. Auch eine gummöse Periostitis des Manubrium sterni heilte ausgezeichnet.

Sehr charakteristisch waren die Resultate der Wismut-Diasporalanwendung in 5 Fällen von Neurosyphilis. In einem Falle von luetischer Parese des N. abducens mit Diplopie und Kopfschmerzen, in welchem Quecksilbereinreibungen und Salvarsan erfolglos blieben, blieb auch die Wismut-Diasporalbehandlung ohne Erfolg. In 2 Fällen von Reizung der zerebrospinalen Haut (mit Fehlen der Kniereflexe und geringen Schmerzen in der Gegend der Wirbelsäule und in den unteren Extremitäten) verminderten sich die subjektiven Beschwerden unter dem Einfluß von Wismut-Diasporal, kombiniert mit Neosalvarsan, und es trat eine Besserung des Allgemeinbefindens ein. In 2 anderen Fällen (Anam. V und VI) von zerebrospinaler Lues beseitigte Wismut-Diasporal nicht bloß die subjektiven, sondern auch die objektiven Störungen (Romberg und in einem Falle Hypästhesie der Haut); die Wirkung war also zweifellos vorzüglich.

So wirkt das Wismut-Diasporal nach unseren Beobachtungen sowie nach denen anderer Autoren auf die klinischen Erscheinungen der Lues. Diese Wirkung ist zweifellos eine erhebliche. Aber in dieser Frage ist ebenso wichtig die serologische Wirkung des Präparates. Was die Wismutpräparate anbetrifft, so wirkt bekanntlich das Wismut sehr langsam, aber sobald die WR negativ wird, bleibt sie dauernd bestehen.

Auf die vorzügliche Wirkung des Wismut-Diasporals (besonders des Wismut-Diasporals J. G.) weisen die meisten Autoren die damit gearbeitet haben, hin.

In dieser Beziehung machten wir unsere Beobachtungen in äußerst ungünstigen Verhältnissen: die Pat. beendeten häufig die Kur nicht; sie entzogen sich oft unserer Beobachtung, erschienen nicht zur festgesetzten Zeit usw.

Immerhin halten wir die Wirkung auf die WR befriedigend und können sie bei einigen Pat. als glänzend bezeichnen. Unten, in den Anam. II, III und X führen wir 3 solche Fälle auf.

Interessant und zugleich maßgebend für die Bedeutung der Wismutbehandlung der Lues erscheinen uns zwei von uns behandelte Fälle, in welchen Quecksilber und Salvarsan nicht vertragen wurden, während Wismut-Diasporal sich glänzend bewährt hat (Anam. X und XI) und außerdem noch 3 Fälle, wo Quecksilber, Jod und Salvarsan ihre Wirkung verfehlt haben, während Wismut-Diasporal gute Dienste leistete (Anam. VII, VIII, IX).

Zum Schluß halten wir es für notwendig, einige Auszüge aus den interessantesten Anamnesen anzuführen.

I. Wladimir M., 26 Jahre alt, Rotgardist, Lues I und II, Coitus vor $1^1/_2$ Monaten; Ulcus durum unterhalb der Phimose, reichliche Roseola. WR (++++). Intravenöse Injektion von Wismut-Diasporal. Nach der ersten Injektion befiel ihn Schüttelfrost und Fieber. Reaktion Herxheimer war positiv. Nach 7 Injektionen bildete sich ein grauer Saum am Zahnfleisch unterhalb der unteren Vorderzähne; nach der 10. Injektion verschwand die Roseola, nach der 11. Injektion verschwand auch die Phimosis. Nach 15 Injektionen war WR (+++), der Saum unterhalb der oberen und unteren Vorderzähne bestand noch weiter. Der Pat. entzog sich der weiteren Behandlung.

II. Praskowja W., 20 Jahre alt, Prostituierte. Lues II, papulosa. Sie behandelte sich nicht. An den Mandeln und an den Genitalien fanden sich große Papeln. Um den Anus herum saßen kleine Kondylome und ein großes Kondylom, etwas größer als ein Hühnerei; Aphonie, Leukoderma, WR (++++). Gewicht 45,7 kg. Pat. bekam 15 Injektionen von Wismut-Diasporal J. G. à 1,0. Schon nach der ersten Injektion fingen die Papeln an sich zu reinigen; nach der zweiten Injektion resorbierte sich die Papel an der großen Lippe. Nach der 4. Injektion resorbierten sich sämtliche Papeln und die kleinen Kondylome, nach der 10. Injektion verschwand auch das große Kondylom. Schon nach der 6. Injektion bildete sich ein grauer Saum unterhalb der Vorderzähne. Am Ende der Kur war WR negativ, das Gewicht betrug 46,8 kg.

III. Anastasija S., 20 Jahre alt, Prostituierte. Lues II, papulosa; keine Behandlung. An den Mandeln, am Gaumen, an der Zunge und an den Genitalien waren zahlreiche Papeln, teilweise vegetierende. Geringe Aphonie. Gewicht 47,6 kg. WR (++++). Die Pat. bekam 15 intravenöse Injektionen von Wismut-Diasporal à 1,5 g. Nach der ersten Injektion trat Resorption der Papeln im Munde und im Rachen ein, nach der 2. Injek-

Digitized by Google

tion dasselbe auch an den Genitalien und am Anus. Nach der 3. Injektion resorbierten sich sämtliche Papeln. Nach der 4. Injektion verschwand die Aphonie. Nach der 6. Injektion bildete sich ein Saum unterhalb der Vorderzähne. Am Ende der Kur betrug das Gewicht 49,6 kg, WR war negativ.

IV. Praskowja G., 21 Jahre alt, Hauswirtin. Lues III, gummosa; sie stand in Behandlung vor 14 Jahren. Am Oberschenkel fanden sich drei etwa 5 cm gummöse Ulzera. WR war negativ. Pat. bekam 8 Injektionen Wismut-Diasporal und 7 Injektionen Wismut-Diasporal J. G. Schon nach der ersten Injektion wurden die Ulzera kleiner. Nach der 8. Injektion heilten sämtliche Ulzera und hinterließen blatterförmige Narben. Nach der 10. Injektion bildete sich ein grauer Belag unterhalb der Vorderzähne.

V. Wassilij S., 28 Jahre alt, Lues cerebrospinalis; Schmerzen in der Kreuzgegend, ausgesprochene Hypästhesie der Haut. Berührung wird von dem Pat. gar nicht empfunden; Stiche außerordentlich schwach. Kniereflexe erhöht, Romberg schwach; WR des Blutes und der zerebrospinalen Flüssigkeit war negativ. Nach 11 Injektionen von Wismut-Diasporal J. G. waren die Schmerzen verschwunden, die Reflexe und Empfindlichkeit der Haut normal, Romberg nicht vorhanden.

VI. Karl K., 30 Jahre alt; Lues cerebrospinalis. Ständige, heftige, gegen Abend zunehmende Kopfschmerzen und außerdem Kreuzschmerzen. Romberg vorhanden. Nach 5 Injektionen von Wismut-Diasporal verschwanden sämtliche Beschwerden. Romberg war kaum bemerkbar. Pat. wurde entlassen.

VII. Eudoxie G., 19 Jahre alt, Prostituierte. Lues II, papulosa. Angeblich seit 4 Monaten krank; vor 3 Monaten traten Papeln an der Schulter, unter der Brust und um den Anus herum auf. Im Laufe von 3 Monaten bekam sie 14 Injektionen salizylsaures Quecksilber und 3 Injektionen Neosalvarsan à 0,3 g, aber die Papeln blieben unverändert. Nach der 2. Injektion von Witmut-Diasporal trat auffallende Resorption der Papeln ein. Nach der 3. Injektion, bei fortgesetzter Resorption der Papeln, wurde die Pat. entlassen.

VIII. Iwan L., 40 Jahre alt, Lues gummosa. Am Unterschenkel fand sich ein gummöses Ulkus, das fast ein Drittel des Unterschenkels einnahm. Im Laufe von 4 Wochen wurde der Pat. mit Mixt. Bijetti und 3 Injektionen von Neosalvarsan à 0,45 behandelt, aber ohne jeglichen Erfolg; infolgedessen wurde ihm Wismut-Diasporal verordnet. Schon nach den ersten Injektionen fing das Ulkus an zu verheilen; nach 15 Injektionen verkleinerte sich das Ulkus bis auf $^1/_5$—$^1/_6$ des Unterschenkels. Die Behandlung wird weiter fortgesetzt.

IX. Iwan A., 25 Jahre alt, Lues III, gummosa. Zwei gummöse Ulzera am Unterschenkel; Kopfschmerzen, die am Abend zunahmen. Pat. wurde 14 Tage mit Mixt. Bijetti behandelt, aber ohne Erfolg. Auch ihm wurde Wismut-Diasporal verordnet. Nach der 2. Injektion trat Besserung ein, nach der 9. Injektion heilten die Ulzera, und auch die Kopfschmerzen verschwanden.

X. Marie W., 30 Jahre alt, Angestellte, in ambulatorischer Behandlung. Lues II, Pharyngitis luetica. Sie wurde nicht behandelt. WR (++++). Pat. bekam 4 Injektionen 10%iges salizylsaures Quecksilber à 0,5 und eine Injektion Neosalvarsan à 0,25; nach den Quecksilberinjektionen folgten heftige Lokalschmerzen und Kräfteverfall. Im Harn fand man 0,03‰ Eiweiß und hyaline Zylinderzellen. Nach 3 Wochen bekam die Pat. 0,2 g 10%iges Salizylquecksilber, worauf heftige Schmerzen und Fieber auftraten; dieselbe vertrug aber 15 Injektionen Wismut-Diasporal J. G. à 1,0, außerdem 2 Injektionen Neosalvarsan à 0,3 und 5 Injektionen à 0,4 ohne jegliche Reaktion. Keine Lueserscheinungen. Der graue Saum unterhalb der unteren Vorderzähne trat nach der 11. Injektion auf. Am Ende der Kur war WR negativ.

XI. N. N., 31 Jahre alt, Ärztin, ambulante Pat. Lues II, latens. Nach 2 Injektionen 10%iges Hydrarg. salic. à 0,5 trat bei ihr Stomatitis auf, und im Harn fand man 0,02‰ Eiweiß. Nach 10 Tagen bekam sie eine Injektion Hydrarg. bibrom., worauf sich eine ulzeröse Stomatitis bildete. Nach Neosalvarsaneinspritzungen à 0,3 g trat Fieber mit Übelkeit und Mattigkeit auf, die 3—4 Tage anhielten. 13 Injektionen Wismut-Diasporal J. G. wurden von der Pat. ohne jegliche Reaktion vertragen. Nach der 12. Injektion bildete sich unterhalb der Vorderzähne ein Saum. Gewichtszunahme 8 kg. Die Behandlung wurde aus unvorhergesehenen Gründen unterbrochen.

Nun haben wir das Bild der Wismut-Diasporaleinwirkung auf Lues. Dieses Präparat, ebenso wie die meisten Wismutpräparate, wirkt schwächer als Salvarsan und stärker, aber jedenfalls nicht schwächer als Quecksilber. Aber auch die Nebenerscheinungen durch Wismutanwendungen müssen berücksichtigt werden, der Grund, weshalb

Digitized by Google

das Wismut vor 36 Jahren von Balzer und später von Ehrlich in die Luestherapie nicht eingeführt wurde. Bei der Anwendung der meisten Wismutpräparate sind diese Nebenerscheinungen, als die durch Quecksilber, schwächer. Dennoch stellt eine ganze Reihe von Autoren (Neuber, Dietel, Görl und Voigt, Gutmann, Evening, Drouet, Schubert, Pulawski, Magnus u. v. a.) verschiedene Störungen durch Wismutanwendungen fest: lokale Schmerzhaftigkeit durch einige Präparate, Saum am Zahnfleisch, Stomatitis, Schmerzen im Kiefer und in den Gelenken, Nephritis, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, angioneurotische Erscheinungen und sogar Kollaps mit letalem Ausgang.

Wir müssen aber darauf hinweisen, daß derartige Erscheinungen im allgemeinen nur in einzelnen Fällen vorkommen und außerordentlich selten in einer Form auftreten, die für den Pat. eine Gefahr bietet. Wir möchten noch hinzufügen, daß bei Wismut-Diasporalanwendungen (hauptsächlich intravenös) man außer den Saum am Zahnfleisch, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen, Polyneuritis, Schmerzen im Unterkiefer im Verlaufe des N. maxillaris fand, die zuweilen sehr heftig auftraten (Bardach, Dietel, Alker und Waldman) und den angioneurotischen Symptomenkomplex (Krösl).

Wirft man einen Blick auf sämtliche von uns behandelte Pat., so muß es auffallen, daß trotz der von uns vorgenommenen 350 Injektionen wir in keinem einzigen Falle eine einigermaßen sichtbare Reaktion an der Injektionsstelle haben feststellen können. Nicht bloß die intravenösen Injektionen, die niemals lokale unangenehme Beschwerden nach sich zogen, sondern auch die intramuskulären Injektionen wurden gar nicht empfunden, oder die Empfindlichkeit war minimal, jedenfalls nicht stärker als durch das gewöhnliche Solut. natri kakodylici. Nur in 2 Fällen waren nach den Injektionen geringe Schmerzen, die 24 Stunden anhielten, zu verzeichnen, und das läßt sich dadurch erklären, daß die Injektion zufällig in der Nähe eines großen Nerven gemacht wurde. Das injizierte Wismut-Diasporal J. G. hat sich immer sehr gut resorbiert bis auf 2 Fälle, in welchen die Injektion in das subkutane Zellgewebe gemacht wurde, worauf sich an dieser Stelle etwas empfindliche Infiltrate bildeten, die sich aber nach $1^1/_2$—2 Wochen spontan resorbiert haben. Was die allgemeine Reaktion auf die Injektionen anbetrifft, so fehlte sie bei den Pat. vollständig. Bloß in einem Falle von frischer sekundärer Lues fanden wir nach der ersten Injektion von Wismut-Diasporal Schüttelfrost und Fieber bis 39°; 3 Pat. klagten nach einigen Injektionen von Wismut-Diasporal J. G. über Kopfschmerzen, die 6—10 Stunden anhielten, und einer von ihnen klagte nach jeder Injektion über Kopfschmerzen, die über 24 Stunden dauerten.

Als fast ständige Nebenerscheinung fanden wir nach 5—12 Injektionen, durchschnittlich nach 8 Injektionen von Wismut-Diasporal oder Wismut-Diasporal J. G. einen grauen Saum am Zahnfleisch unterhalb der 2—4 Vorderzähne vollständig schmerzlos und häufig nur bei näherer Betrachtung des Mundes sichtbar. Wir fanden auch keine Nebenerscheinungen seitens der Niere trotz der systematischen gründlichen Untersuchungen der Pat.

Ebenso bei Anwendung von Wismut-Diasporal J. G. und Neosalvarsan fanden wir keine Nebenerscheinungen, und beide Präparate wurden gut vertragen. Aber eine Mischung von Wismut-Diasporal mit Neosalvarsan in einer Spritze, wie Bardach es mit Erfolg anwandte, haben wir nicht injiziert.

Zum Schluß möchten wir noch auf eine positive Nebenerscheinung hinweisen: Fast sämtliche Pat. erholten sich körperlich während der Behandlung; sie wurden frischer und nahmen an Gewicht zu. Zuerst waren wir geneigt diese Erscheinung durch die geringe Beweglichkeit im Spital zu erklären, aber wir stellten dasselbe auch bei mebulanten Kranken fest, bei denen sich die Lebensverhältnisse während der ganzen Krankheit nicht geändert haben.

Die von uns gesammelten Beobachtungen sind allerdings nicht zahlreich und umfassen eine viel zu kurze Zeitperiode, um aus ihnen unfehlbare Schlußfolgerungen über die Wirkung des Wismuts bzw. des Wismut-Diasporals ziehen zu können, denn doch haben wir mit Rücksicht auf die Beobachtungen anderer Autoren genügende Gründe für Schlußfolgerungen, die sich in folgenden Sätzen zusammenfassen lassen:

1. Wismut in Form der neuesten antiluetischen Wismutpräparate, einschließlich der intravenösen und intramuskulären Wismut-Diasporalpräparate a) ist vom Standpunkte der modernen Therapie ein vorzügliches Heilmittel gegen Lues; b) dasselbe muß in allen Fällen von Lues angewendet werden, in welchen Quecksilber und Salvarsan kontraindiziert sind, oder schlecht vertragen werden, oder sehr schwach auf die klinischen und serologischen Krankheitserscheinungen einwirken; c) das Präparat kann in allen Fällen von Lues angewendet werden (die gegen Wismut im allgemeinen oder gegen bestimmte

Digitized by Google

Wismutpräparate nicht resistent sind) statt Quecksilber sowie als Ergänzung der Quecksilber, am besten kombiniert mit Salvarsan oder seinen Derivaten.

2. Wismut-Diasporal (das intravenöse und intramuskuläre) a) ist in seiner therapeutischen Wirkung schwächer als Salvarsan und seine Derivate und stärker oder jedenfalls nicht schwächer, als Quecksilber; b) die Wismut-Diasporalinjektionen sind gewöhnlich schmerzlos; c) seine Nebenerscheinungen sind bedeutend schwächer, als diejenigen des Quecksilbers und Neosalvarsans; im allgemeinen fehlen sie vollständig oder sind so minimal, daß man keinen Grund hat die ambulatorische Anwendung desselben abzulehnen; und d) die meisten Pat. nehmen während der Behandlung an Gewicht zu; sie erholen sich, und ihr Selbstbefinden bessert sich.

Literatur.

1. Alker und Waldmann, D. m. W., 1924, Nr. 44. — 2. Bardach, M. m. W., 1923, Nr. 48. — 3. Britschew, Venerol. u. Derm., Moskau, 1924, Nr. 1. — 4. Dietel, M. m. W., 1923, Nr. 40. — 5. Drouet, J. de méd. de Paris, 1923, Nr. 23. — 6. Dyboski, Derm. Zschr., 1924, Bd. 41, H. 1/2. — 7. Evening, Derm. W., 1923, Nr. 42. — 8. Frühwald, 88. Vers. d. deutsch. Naturf. u. Ärzte, Innsbruck, Sept. 1924. — 9. Görl u. Voigt, M. m. W., 1923, Nr. 5. — 10. Grimme, Fortschr. d. Med., 1923, Nr. 4. — 11. Gutmann, Derm. W., 1924, Nr. 3. — 12. Krösl, 88. Vers. d. deutsch. Naturf. u. Ärzte, Innsbruck, Sept. 1924. — 13. Lenzmann. Die Geschlechtskrkh. in allgem. Praxis, Jena, 1924. — 14. Magnus, Kl. W., 1924, Nr. 28. — 15. Martin, Derm. Zschr., 1924, Bd. 40, H. 3. — 16. Nathan u. Martin, Kl. W., 1923. Nr. 22. — 17. Neuber, Derm. W., 1924, Nr. 7 und 8. — 18. Neuendorf, Derm. W., 1924, Nr. 19. — 19. Ploss, Vers. mitteldeutsch. Derm. zu Chemnitz, 29. VII. 1924. — 20. Pulawski, Polska Gaz. Lekarska, 1924, Nr. 37, ref. im Wratsch. Gaz., 1924, Nr. 23. — 21. Salkind, Zschr. f. Vervollkommn. d. Ärzte, Leningrad 1924, Nr. 7/8. — 22. Schubert, Derm. W., 1923, Nr. 23.

Aus der Klinik für Psychiatrie und Nervenheilkunde der kön. ung. Stefan-Tisza-Universität in Debreczen (Vorstand: Dr. Ladislaus Benedek, o. ö. Prof.).

Über die Bekämpfung der Nebenerscheinungen der Salvarsantherapie, insbesondere der Linserschen Mischspritze.

Von

Dr. Eugen v. Thurzó, Klin. Assistenten.

Die Anwendung der Salvarsanpräparate in der Therapie der luetischen Erkrankungen ist im allgemeinen unentbehrlich. In allen Fällen, wo früher wegen individueller Salvarsanintoleranz die Salvarsanbehandlung aufgegeben werden mußte, vermißte man in der Syphilisbekämpfung die wirksamste Gewähr der antiluetischen Chemotherapie.

In der Literatur finden sich zahlreiche Nachweise auf die in manchen Fällen auftretenden schweren Salvarsanschäden, wie schwerere Dermatitiden, akute Erkrankungen einzelner parenchymatöser Organe, besonders der Nieren und der Leber, ferner Encephalitis haemorrhagica. Bei den heute gebräuchlichen Salvarsanpräparaten können durch richtige Dosierung, durch nach entsprechenden Richtlinien geführte Behandlung, durch Berücksichtigung der individuellen Salvarsanintoleranz, eventuell durch präventive Bekämpfung deren, die schwereren Salvarsanschäden fast ausnahmslos vermieden werden.

In den letzten Jahren besonders in der Nervenluestherapie verbreitete Anwendung gewonnene Silbersalvarsan- (SS.), Neosilbersalvarsan- (NSS.) und Sulfoxylsalvarsan-Präparate bezwecken alle die Hebung des sog. therapeutischen Indexes dieses Mittels, d. h. damit die Dosis curativa (c) möglichst der Dosis tolerata gleich sei. In diesem Falle wäre der therapeutische Index: $c/T = 1$. Einer Hebung der Dosis curativa weist also die Dosis tolerata ihre Grenzen.

Beim SS. und NSS. wird die Steigerung des therapeutischen Indexes erreicht, indem man die Dosis curativa vermindert. Aus den Untersuchungen Professor Kolles stellte sich nämlich heraus, daß bei SS. mit kleineren Dosen (kleinerem Arsengehalt)

Digitized by Google

sich dieselbe Wirkung erreichen läßt als mit größeren Neosalvarsandosen dadurch, daß die Metallkomponente im Organismus gleichsam protoplasmaaktivierend wirkt. Nach Fischers Untersuchungen ist bei dem günstigen therapeutischen Erfolge des SS. auch die Depotwirkung zu berücksichtigen. Die Anwendung des Sulfoxylsalvarsans gewinnt ebenfalls, außerdem daß es sich um eine nicht zersetzliche, stabile, lange haltbare Lösung handelt, wegen der Depotwirkung an Interesse. Dieses Präparat wird eben deshalb besonders bei jenen Fällen angewendet, bei welchen sich die Seroreaktionen anderen Behandlungsarten gegenüber refraktär verhalten (Wassermann, Sachs-Georgi, Meinicke).

Auch Lange macht neuestens aufmerksam, daß den energischsten antiluetischen Behandlungen resistente positive Seroreaktionen nicht bloß — uns eines von manchen Verfassern gebrauchten unglücklichen Ausdruckes bedienend — als „Schönheitsfehler" aufgefaßt werden dürfen, sondern sie seien ein wichtiges Warnsignal, daß es auch im klinisch symptomlosen Stadium der Lues, bei solchen seroaktiven Fällen sich um eine imminente Zentralnervensystemerkrankung handelt. In solchen Fällen ist natürlich eine Behandlung mit den wirksamsten Mitteln der modernen Chemotherapie unbedingt geboten.

Bei der in den letzten Jahren sich klinisch und auch allgemeinpraktisch eingebürgerten Linserschen Mischspritze verändert sich durch die Vermengung der Salvarsanlösung mit einem löslichen Quecksilbersalz die chemische Wirkung des Salvarsanpräparates, und auch kleinere Mengen Salvarsans üben im Organismus „biologisch aktiviert" eine größere Wirkung aus, wie darauf mehrere Verfasser hinweisen (Tollens, Rothman, Kötschau usw.).

Nach Rothmans Untersuchungen scheidet sich nämlich in der „Mischspritze" das lösliche Quecksilbersalz in kolloidalem Zustand aus, und die therapeutische Wirkungssteigerung wird durch das kolloidale Quecksilber erreicht. Neuere Untersuchungen haben zwar nachgewiesen, daß die Quecksilberausscheidung nicht nur kolloidal erfolgt, sondern unter Bildung sekundärer Teilchen, hauptsächlich in Form winziger Metallquecksilberkörnchen. Es scheint aber ganz wahrscheinlich zu sein, daß die Mischung Salvarsan-Quecksilber im Organismus der Proteinkörpertherapie ähnlich aktivierend wirke (Kötschau).

Bei der Behandlung mit SS., NSS. und Sulfoxylsalvarsan (und bei der kombinierten Behandlung mit diesen) treten die allgemein bekannten Nebenerscheinungen häufiger auf. (Solche sind geringere Temperatursteigerungen, Frösteln, Schüttelfrost, Kopfschmerzen, Unwohlsein, Brechreiz unmittelbar nach der Injektion, nach einigen Stunden Erbrechen und als vasotoxische Erscheinung der sogenannte angioneurotische Symptomkomplex.)

In der ersten Zeit der Anwendung der letztgenannten Mittel hatten mehrere darauf aufmerksam gemacht, daß die Kur zwecks Vermeidung dieser Nebenerscheinungen mit geringeren Dosen einzuleiten ist. So hebt auch Dreyfuss die Wichtigkeit der individuellen Feststellung der Dosis bene tolerata bei SS. hervor.

Zur Bekämpfung der Salvarsannebenerscheinungen wurden seit Jahren verschiedene Verfahren empfohlen, durch welche sich in den meisten Fällen diese Nebenerscheinungen tatsächlich vermeiden lassen, und unter der Bekämpfung der „relativen Salvarsanintoleranz" können auch energische Kuren verabreicht werden. Von besonderer Wichtigkeit ist das bei nervenluetischen Erkrankungen, bei welchen meistens energischste Kuren geboten sind.

v. Notthafft empfiehlt zur Vermeidung des angioneurotischen Symptomkomplexes, was bei SS. und NSS. oder bei der kombinierten Behandlung mit diesen Mitteln ziemlich häufig vorkommen kann, daß nicht konzentrierte Lösungen angewendet werden, sondern NSS. werde in wenigstens 20 ccm Aqua dest. steril gelöst. Dreyfuss beobachtete nach konzentrierten SS. und NSS. ebenfalls öfters vasotoxische Erscheinungen, deshalb löst er das SS. in 50—100 ccm Wasser.

Diese Methode ist aber in der Praxis wegen Erschwerung der Injektionstechnik recht umständlich, dabei kann als individuelle Reaktionserscheinung der Symptomkomplex auch bei Injektion dünner Lösungen auftreten.

Die nach Einspritzung von NSS. recht oft auftretende geringere fieberhafte Temperatursteigerung trachtet R. Eichelbaum so zu vermeiden, daß er das Mittel, in 2 ccm Wasser gelöst, vor der Injektion durch Zurückziehen des Stempels mit Blut noch zu 10 ccm verdünnt. Dasselbe empfahl früher L. Lenz, der die SS.-Lösung zu 10 ccm verdünnt, von dieser aber nur 1—2 ccm injiziert und verdünnt neuerlich, diese Prozedur ein paarmal wiederholt, wird die Lösung beträchtlich verdünnt.

Digitized by Google

Der angioneurotische Komplex wird eigentlich durch die vasotoxische Wirkung des Salvarsans hervorgerufen, wodurch infolge einer Gefäßmuskellähmung Vasodilatation erfolgt. Mit Adrenalindarreichung kann dem vorgebeugt werden, wie das zuerst von Romberg empfohlen wurde.

Milian, Eichelbaum, E. Pulay und andere empfahlen neuerdings ebenfalls zur Bekämpfung der Angioneurose die subkutane Dosierung 1 mg Adrenalins. Voitberg sah in einem Fall schwerer Salvarsanschädigung (Kollaps, dann epileptiforme Anfälle) durch mehrfache subkutane Dosierung 1 mg Suprarenins vollkommene Heilung.

An der Debreczener Benedekschen Klinik hatten wir öfters die Gelegenheit, meistens leichtere angioneurotische Symptome zu beobachten nach Injektionen von NSS. oder Neosa., bzw. NSS. + Novasurol. Bei den Kranken treten kurz nach der Injektion Unwohlsein, Verfallenheit auf, sie erblassen, werden von einem leichten Frösteln, manche vom Schüttelfrost ergriffen, der Puls wird rascher und leichter verdrückbar. Der Blutdruck sank in einigen Fällen (von 100—120 Hg mm) um 30—40 Hg. Durch subkutane Einspritzung 1 ccm Tonogens (sec. Richter-Budapest) 1:1000 konnte nach unseren Beobachtungen dieser Angioneurose meistens vorgebeugt werden, oder konnten wenigstens die Beschwerden erheblich herabgesetzt und die Angioneurose binnen kürzerer Zeit aufgehoben werden.

Nach Beobachtungen E. Pulays tritt der angioneurotische Symptomkomplex besonders bei Individuen mit gesteigerter Reaktionsfähigkeit seitens des vegetativen Nervensystems auf. Danach würde also das Auftreten eines angioneurotischen Symptomkomplexes keine Salvarsanintoleranz im allgemeinen bedeuten, sondern bloß ein labiles reagierendes vegetatives Nervensystem, nach dessen Ausschaltung auch energischere Kuren ohne ernstere Salvarsanschäden verabreicht werden können. Auch unsere Erfahrungen an der Debreczener Nervenklinik bestätigen diese Auffassung. Es kommt aber gelegentlich vor, daß der Kranke die erste Kur anstandslos verträgt, die Salvarsanintoleranz stellt sich nur bei den weiteren Kuren ein. Benedek erwähnt eine Beobachtung, daß ein Tabeskranker zwei energische Neosalvarsan- und Hg-Kuren vollkommen gut vertragen hat, bei der dritten Kur stellte sich aber nach den ersten drei Injektionen jedesmal als Nebenerscheinung angioneurotisches Symptombild ein. Benedek empfiehlt zur Bekämpfung der Angioneurose die Verabreichung von 20—30 Tropfen Tonogens (1:1000) in Klysma, wovon er auch im genannten Fall guten Erfolg sah. Unsere Beobachtung, daß bei der Linserschen Mischspritze nach Einspritzung von Neosalv. + Novasurol häufiger Angioneurose auftritt, wäre so zu erklären, daß in der Mischung infolge chemischer Veränderung des Neosalvarsans einzelne, geringeren Grades toxisch wirkende Stoffe entstehen, und diese führen zu einer Schädigung des vasomotorischen Nervensystems.

Nach Untersuchungen Binz und Bauers bilden sich bei der Mischung von Neosalvarsan und Quecksilbersalz Arsinoxyd, teils an Methylsulfoxylsäure oder Methylenschwefelsäure gebunden, und Neosalvarsansäure. Neuere Untersuchungen erwiesen aber, daß diese toxischen Stoffe in der Spritze in solcher geringfügigen Menge gebildet werden, daß vor einer allgemeineren toxischen Wirkung nicht zu fürchten sei.

R. Polland erblickt die Ursache sowohl der Angioneurose wie auch der Salvarsanurtikaria in einer Schädigung des vasomotorischen Nervensystems, in welcher Beziehung das Auftreten gewisser Gerüche, die einige Kranken gleich nach Injektion verspüren, ein wichtiges prämonitorisches Zeichen wäre. M. Kraupa Runk berichtete schon 1916, daß unmittelbar nach Neosalvarsaninjektionen manche Kranken perverse Geschmacks- und Geruchssensationen hatten; Äthergeruch wie bei Einnahme von Hoffmann-Tropfen. Nach Neosalvarsaninjektionen hatte ich das Auftreten perverser Reize nie beobachten können, nach Verabreichung von Sulfoxylsalvarsan und besonders nach Mischspritze beschwerten sich die Kranken, befragt, immer über solche Reize. Oft gaben die Kranken gleich nach Nadeleinstich und Injektion einiger Tropfen von selbst diese perverse Geschmacks- und Geruchssensationen an. Intelligente Kranke beschreiben dies, als ob gleich zu Beginn der Injektion ein ätherähnlicher Geruch „gleichsam aufsteigend durch Mund und Nase herausströmen möchte". Einige vergleichen das unangenehme Geschmacksgefühl tatsächlich mit Zwiebelgeschmack.

Bei der gleichzeitigen Einspritzung des Neosalvarsans und NSS. mit Novasurol meldet sich diese Sensation gleich zu Injektionsbeginn so regelmäßig, daß sie bei langsamer Injizierung auch zur Kontrolle dessen benützt werden kann, ob die Einspritzung tatsächlich in die Blutbahn erfolgte und ob die Nadel richtig im Venenlumen sitze, da ja die ersten Tropfen in die Blutbahn gelangten.

Digitized by Google

Nach unseren Beobachtungen können wir von R. Polland abweichend das Auftreten solcher perversen Geschmacks- und Geruchssensationen im allgemeinen nicht als prämonitorisches Zeichen einer Salvarsanschädigung betrachten. Das unangenehme Geruchsgefühl währt nur kurze Zeit, in 1—2 oder paar Minuten nach der Injektion verschwindet es. Bei einigen Patienten kann es aber auch längere Zeit andauern, einige Stunden sogar, kann auch im höheren Grad vorhanden sein: Nausea oder Brechreiz verursachen. Einer meiner Patienten gab an, diese perverse Geschmacks- und Geruchssensation beraubte ihn des Appetites, und er fühlte nicht einmal den Geschmack der Speisen.

Die Kompensation oder Milderung dieser unangenehmen Sensation kann meistens erreicht werden, indem die Kranken Eichelbaums Empfehlung gemäß während der Injektion rauchen oder Pfefferminzzucker genießen. Zur Bekämpfung des eventuell sich meldenden Brechreizes wäre die perorale Einnahme der Mischung von Extr. opii 0.05 bis 0,10, Anaesthesini, Sacch. lactis ana partes zu empfehlen.

Meines Erachtens ist es zweckmäßig, schon vor der Injektion 1 ccm einer Adrenalin- oder Tonogenlösung (1 : 1000) subkutan zu verabreichen, um somit die unangenehmen Reaktionsnebenerscheinungen der Neosalv.-Novasurolmischung präventiv auszuschalten.

Das Adrenalin bekämpft hauptsächlich nur die Angioneurose, mit der von E. Pulay und Strümpke angegebenen Methode lassen sich aber sämtliche Salvarsanschäden und Nebenerscheinungen fast restlos vermeiden. Diese Verfasser injizieren 24 Stunden vor dem Neosalvarsan 10 ccm Afenil[1]) ganz langsam oder verabreichen die beiden gleichzeitig, so zwar, daß das Afenil als Lösungsmittel für das Neosalv. dient. Nach meinen Beobachtungen ist das Afenil zur Lösung des NSS. unzweckmäßig, da es sich hierin nur schwer, teils in flockiger Ausfällung löst und seine gewöhnliche ichthyolbraune Farbe in schmutzig braungraue übergeht.

Kenedy löst das Neosalvarsan in Optokalzyl oder 10%igem Calcium chloratum.

Diese Methode (besonders mit Afenil) haben wir an der Debreczener Benedekschen Klinik öfters angewandt, immer wenn die Kranken die Mischspritze (meistens verabreichen wir Neosalvarsan und Novasurol oder Cyarsal bzw. NSS. + Novasurol, Cyarsal oder anderes Quecksilberpräparat z. B. Intrarsol) nicht gut vertrugen. Nicht 24 Stunden, sondern nur ein paar Minuten vor der Mischspritze verabreichen wir den Kranken 10 ccm Afenil. Dieses Vorgehen ist bei ambulanter Behandlung viel leichter durchführbar. In der weiteren Folge geben wir vor einer jeden Mischspritze Afenilinjektion, es ist aber zweckmäßig in der weiteren Dosierung nur mehr 5 ccm zu injizieren. Bei mehreren nervenluetischen Kranken, die früher die Neosalv.- oder NSS.-Behandlung allein nicht vertrugen, konnten mit dieser Methode auch energische Kuren ohne jegliche Unannehmlichkeiten fortgesetzt werden. Statt des Afenils kann auch das ungarische Präparat Calciven (Chinoin-Werke Ujpest) oder 10,5 ccm einer 10%igen Calcium-chloratum-Lösung Verwendung finden.

Während nach einer solchen Behandlung Dermatitiden nie vorkamen, waren solche im geringeren Grad bei energischen Linser-Kuren in einigen Prozenten immer zu beobachten.

Die Afenildarreichung vertragen die Kranken meinen Beobachtungen gemäß längere Zeit gut. Nur in einem einzigen Falle traten bei einem Kranken nach der 4. und 5. Afenilinjektion unangenehme Schmerzen in Unterschenkelbeinen und Kniegelenk auf.

Erwähne noch, daß ich das Postulat E. Kahns, nämlich den Harn während einer Salvarsankur nicht bloß auf Eiweiß, sondern auch auf Urobilinurie öfters zu untersuchen, in der Praxis unbedingt für durchzuführen halte. Bei individueller Salvarsanintoleranz wirft die Positivität der Ehrlichschen Urobilinogenprobe auf die Mitgenommenheit des Leberparenchyms oder Magen-Darmkanals — das ja bei allen Salvarsanschäden angenommen werden darf — ein Licht.

Die Urobilinogenprobe muß während einer Salvarsankur unbedingt negativ bleiben. ihr Positivwerden ist ein Warnsignal ernsterer Salvarsanschäden. Zur Illustration möchte ich einen unserer Fälle anführen. Bei einem unserer Kranken wurde die Urobilinogenprobe nach der vierten Linserschen Mischspritze positiv, und nach zwei Tagen entwickelte sich bei ihm eine Salvarsandermatitis, die auf intravenöser Natriumthiosulfatlösung (0,30 und 0,45 in zwei Injektionen) in zehn Tagen wieder zurückgegangen ist.

---

[1]) Das Afenil (Kalziumchloridharnstoff) wird in 10%iger Lösung von der Firma Knoll & Co., Chem. Fabrik (Ludwigshafen a. Rhein) in 10 ccm Ampullen auf den Markt gebracht.

Digitized by Google

Schumachers Verfahren läßt den Arm ungefähr 5 Minuten nach der Injektion unter Stauung, d. h. die Strangulation wird belassen. (Schlesinger und Schoeps empfahlen dies früher auf die Dauer der Injektion aus technischen Gründen.) Beim Schumacherschen Verfahren gelangt die Salvarsanlösung in größerer Blutverdünnung in den Organismus. Man kann auch die Hälfte in den einen, die andere Hälfte in den anderen Arm einspritzen. Verf. sah mit diesem Verfahren bezüglich der Vermeidung von Salvarsanschäden schönere Erfolge als mit Afenil oder Adrenalin.

Nach meinen weniger zahlreichen Beobachtungen entspricht zwar das Verfahren seinem Zwecke, ist in der Praxis aber weniger anwendbar.

Zur Bekämpfung und Vermeidung von Salvarsannebenerscheinungen halte ich nach eigenen Beobachtungen für die sicherste und in der Praxis zweckmäßigste Methode die vorherige Einspritzung einer Afenillösung.

Literatur.

Dreyfuss, D. m. W., 1919, Nr. 48. — R. Eichelbaum, D. m. W., 1922, Nr. 24, S. 804. — E. Kahn, D. m. W., 1923, Nr. 14, S. 431. — Kenedy, D. m. W., 1922, Nr. 18. — Kolle, M. Kl., 1921, Nr. 50. — Kötschau, D. m. W., 1922, Nr. 31. — M. Kraupa Runk, M. m. W., 1916, Nr. 2. — L. Lenz, D. m. W., 1919, Nr. 52, S. 1440. — Notthafft, D. m. W., 1918, Nr. 13. — Rothmann, D. m. W., 1921, Nr. 3. — Schlesinger und Schoeps, B. kl. W., 1921, Nr. 2. — Schumacher, M. m. W., 1923, Nr. 6. — J. Thurzó, Orv. Hetilap, 1923, Nr. 50. — E. Tollens, M. m. W., 1922, Nr. 1 usw.

Versammlungen.

Wiener Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 5. März 1925.

Vorsitzender: Kren. Schriftführer: Gruß.

F. Freund: **Dermatitis herpetiformis Duhring.** 27jähr. Pat. An den Seitenteilen des Rumpfes rundliche und ovale Effloreszenzgruppen, die aus einem schwach bräunlich pigmentierten Zentrum und einem hellroten schmalen Rande bestehen, der sich aus Knötchen und Bläschen zusammensetzt. In der Gegend der linken Axilla einzelstehende Knötchen. Geringe Bluteosinophilie von 3%, keine Störung von seiten der endokrinen Funktionen. Mikroskopisch und kulturell negativer Pilzbefund.

Sukman: **Erythema induratum Bazin mit papulonekrotischen Tuberkuliden.** 30jähr. Frau. Erste Aussaat vor 2 Jahren, nach interner Arsenkur völlig zurückgegangen. Bestehendes Rezidiv mit Tuberkuliden im Gesicht seit Sommer vorigen Jahres nach Partus. Höhensonnenbehandlung brachte keine wesentliche Beeinflussung des normalen Ablaufes.

Kantor: **Narbe nach Gumma der Stirne.** An der Stirne ein streng halbseitig lokalisierter, streifenförmiger Krankheitsherd mit Verdickung und Verhärtung des bindegewebigen Anteils der Haut von sklerodermieähnlichem Aussehen. Fortsetzung des Herdes auf das Kapillitium. Luetin und WR positiv.

Nobl: **Simultanauftreten von Lupus vulgaris und Epitheliom.** 39jähr. Frau. Seit 4 Jahren langsam wachsender linksseitiger Stirnfleck, seit 2 Monaten über der Nasenwurzel bohnengroßer Krustenherd. Die Frontalscheibe zeigt typische Lupusstruktur, der andere Herd ist im Gewebsbild ein in normaler Haut eingelassener Basalzellenkrebs.

Rusch: **Lupuskarzinom.** 60jähr. Mann. Affektion an der Nasenwurzel. Der Gesichtslupus, seit Jugend bestehend, wurde wiederholt mit Röntgenstrahlen behandelt.

Rusch: **Psoriasis mit Schleimhauteffloreszenzen.** 19jähr. Mann. Therapeutisch sehr hartnäckige, generalisierte, auch histologisch verifizierte Psoriasis vulgaris guttata et numularis. Seit 8 Monaten in Spitalsbehandlung. Seit 14 Tagen treten meist sehr zarte, bläulichweiße, aber auch saturiert weiße, durchaus flache Flecke und Streifen an der Schleimhaut beider Backen auf, sowohl entsprechend der Schlußreihe der Zähne als auch in den oberen und unteren Backentaschen, linkerseits in- und extensiver als rechts. Die verschieden breiten Streifen überkreuzen sich in schiefer Richtung, die Flecke zeigen Verästelungen, so daß ein zierliches Netz- und Gitterwerk zustande

Digitized by Google

kommt. Seroreaktionen negativ; kein Tabakmißbrauch. Der Mangel einer histologischen Untersuchung verwehrt bisher die Entscheidung, ob es sich um eine Leukoplakie bei einem Psoriatiker oder um einen jener seltenen Fälle handelt, die man als Psoriasis vulgaris der Mundschleimhaut anzusprechen sich berechtigt hält.

Aussprache. Kren: Abgesehen, daß zur Diagnose einer Psoriasis mucosae manches fehlt, wie allgemein therapeutischer Effekt der Abheilung (der auch nur mit Reserve verwendbar ist) und histologische Exploration, ist das klinische Bild ein für eine Psoriasis ganz fremdes; denn die feine Netzzeichnung ist etwas, was weder dem Hautbilde der Psoriasis entspricht, noch dem in den wenigen in der Literatur niedergelegten, von K. übrigens durchwegs angezweifelten Fällen gleichkommt. K. warnt, das ohnedies sehr nebulose, kaum zu Recht bestehende Bild der Psoriasis mucosae durch weitere Symptome noch mehr zu verwischen.

Rusch: **Lichen scrofulosorum.** 27jähr. Frau. Seit 3 Jahren bestehendes Hautleiden, das histologisch sichergestellt ist. Effloreszenzen zeigen vorherrschend die plane (lichenoide) Form und mitunter hämorrhagischen Charakter. Über Schulter und Nacken sitzen die dichten Knötchengruppen auf depigmentierter Haut. Daneben zarte Leukodermaflecke, die nach Größe, Form und Anordnung früher bestandenen und abgeheilten Effloreszenzen entsprechen, ein Leucoderma scrofulosorum. Bemerkenswert ist positive WR und MR bei Mangel anderweitiger, für Lues verdächtiger Symptome. Verkalkte Hilusdrüsen, Pirquet +.

Aussprache. Ullmann: Die lichenoiden Exantheme bei manifester Lues wie Tuberkulose bedeuten einen klinischen Typus, der durch konstitutionelle Eigenschaften bedingt ist. Die allergischen und Blutreaktionen wie histologischen Ergebnisse stimmen mit den sonstigen Befunden überein oder lassen im Stich. Jedenfalls steht hier die Klinik diagnostisch weit über den exakten Hilfsmethoden.

Balban: **Syringozystadenom.** 19jähr. Mädchen mit senfkorngroßen typischen Effloreszenzen an der Vorderseite des Thorax, in der Gegend der Schlüsselbeine und seitlichen Halspartien. Diagnose histologisch erhärtet.

Balban: **Onycholysis partialis.** 18jähr. Hausgehilfin. Abhebung der Nagelplatte im distalen Abteil an allen Fingern mit Ausnahme der Daumen. Anamnesisch: vor 4 Wochen zum ersten Male Wäschewaschen; die Affektion ist 14 Tage später aufgetreten.

Balban: **Verrucae papillomatosae.** Lokalisation zwischen Septum und Oberlippe.

Knossew: **Naevi anaemici und vasculosi.** An der Rückenhaut eines 46jähr. Pat. drei ausgedehnte Naevi anaemici, in deren Zentrum Gefäßnävi zu finden sind.

Urbach: **Striae distensae.** Ausgedehnt an der Beugeseite beider Oberarme, der Beuge- und Streckseite beider Oberschenkel, an den Hüften und am Gesäß: 21jähr. Pat., der im Laufe der letzten 6 Monate um 16 kg zugenommen hat. Hypophyse röntgenologisch normal.

Sussmann: **Gummöser Prozeß der Zunge.** Nierenförmiges Geschwür auf der Vorderfläche, kraterförmige Geschwüre auf der Seitenfläche der Zunge.

Königstein: **Eigenartige Hautatrophie.** Lokalisation hauptsächlich über Knien, Ellbogen und am Hals. Ein Netz braungrauer Streifen und Flecken, die zum Teil hyperkeratotisch, zum Teil leicht eingesunken, atrophisch erscheinen. Dazwischen zahllose Gefäßerweiterungen sowie scharf umschriebene, lochartige Einsenkungen der Haut. Das Leiden besteht bei dem jetzt im sechsten Dezenium stehenden Pat. seit 7 Jahren ohne subjektive Beschwerden.

Volk: **Lupus follicularis.** Lokalisation an Nase und Wangen, bei der differentialdiagnostisch Lupus und Acne rosacea in Frage kommt. Ohne mikroskopische Untersuchung ist die Entscheidung mitunter recht schwierig, doch spricht der Aspekt und klinische Verlauf in diesem Falle mehr für Rosazea; Hinweis auf jene Fälle, in denen der Lupus oft lange Zeit unter dem Bilde der Rosazea verläuft (Lewandowsky).

Aussprache. Kren: Wenn man alle klinisch als Acne rosacea imponierenden Fälle histologisch untersucht, wird man überrascht sein, wie oft man tuberkuloiden Bau findet. K. untersucht seit etwa 1 Jahr alle Rosazeafälle mikroskopisch. Die Entnahme des Materials wird in der Regel ohne Wissen der Pat. mit Kronmayer-Stanzen durchgeführt. Die Narben sind punktförmig und später unsichtbar. Die Durchführung der Stanzung erfordert 1 Sekunde und imponiert als kleiner therapeutischer Eingriff.

Volk: **Poikilodermia atrophicans.** Die Hauterkrankung begann in der Knöchelgegend und schritt während des zweijährigen Verlaufes bis über die Hüftengegend vor. Sie setzt sich aus kleinen follikulären Knötchen, feinsten Teleangiektasien mit einzelnen

Digitized by Google

Hämorrhagien zusammen; an den älteren Partien kleinste bis hirsekorngroße Atrophien der Haut. Mikroskopisch das Epithel ganz glatt, ohne Einsenkungen, die Hautpapillen fehlen vollständig oder sind nur ganz niedrig. In der Papillarschicht uncharakteristische kleinzellige Infiltration, manchmal um deutlich vermehrte Gefäße angeordnet. Das Netz der elastischen Fasern in der Papillarschichte und subpapillar deutlich vermindert, stellenweise Lücken aufweisend.

Aussprache. Kren scheint der Begriff der Poikilodermie nicht so sehr ein selbständiges Krankheitsbild als vielmehr das Endprodukt verschiedener Hautaffektionen zu sein. K. sah das Symptomenbild der Poikilodermie im Verlaufe einer Dermatitis und Mycosis fungoides auftreten; in der Literatur wird ähnlich von Lichen ruber und Lupus erythematodes gesprochen.

Nobl: Jacobis am Berner Dermatologenkongreß (1906) vorgestellter außerordentlicher Fall hat zur Festlegung einer Type geführt, welche nach den bisherigen Erfahrungen nicht als Sondererkrankung gewertet werden kann. Chronische Entzündungen mit allen ihren Auswirkungen rarefizierender Art (Verschmächtigung, fortgeschrittene Atrophie, Pigmentschwund und -stauung, Gefäßsprossung) sind als Spontanvorgänge aber ebenso häufig im Rahmen verschiedener Dermatosen zu verfolgen. Bei völliger Unkenntnis über die auslösenden Bedingungen der Poikilodermien ist es auch nicht zweckmäßig, Teilbilder dem Einzelfalle Jacobis in der Absicht an die Seite zu stellen, um hiermit die Umrisse einer besonderen Affektion festzulegen.

Ullmann: **Lupus erythematodes, 2 Fälle mit Krysolgan geheilt.** In beiden Fällen typische Schmetterlingsform. Vor 1 Jahre Krysolgantherapie. Bei der 46jähr. Frau 18 Injektionen (Gesamtdosis 1,2 g), bei dem 22jähr. Mädchen nur 5 Injektionen (Gesamtdosis 0,2 g). Bei beiden Pat. restlose und ideale Heilung. Solche Fälle bilden die Gegenstücke zu dem in der letzten Sitzung von Nobl vorgestellten Einzelfalle. Es zeigt sich, daß mit kleinen Dosen bessere Resultate erzielt werden können als mit großen, und daß die Goldbehandlung eine kausale Methode darstellt, die offenbar nicht nur im Bereiche der Affektion, sondern auch irgendwo zentral im Körper angreift. Koizumi (Wien, Inst. f. exp. Path. Löwenstein) kommt in Versuchen wohl zu dem Schlusse, Krysolgan sei gegenüber tuberkulösen Prozessen völlig wirkungslos, da es in vitro selbst in 1%igen Lösungen den Tuberkelbazillus nicht abtöte, und im Meerschweinchenserum die mit frischen Tuberkulosekulturen intraperitoneal und intravenös infizierten und sofort intensiv behandelten Tiere nicht länger leben als unbehandelte Kontrolltiere. Redner findet aber die Schlußfrage nicht beweiskräftig, da 1. Meerschweinchen, besonders intravenös und intraperitoneal injizierte, viel zu empfindlich sind, 2. nur chronische Infektionen mit bereits umgebenden Exsudaten den alten tuberkulösen Herden im Menschen vergleichbar sind, und 3. das Goldpräparat, wie alle anderen, im Wege des Exsudates, katalytisch und autolytisch, den Bazillus langsam auflöst (Auffassung von Feldt, Lewy u. a.) und nicht wie Salvarsanpräparate zunächst die Parasiten angreift. Außerdem haben die hier überflüssig hohen und häufigen Dosen die Tiere nur heruntergebracht. Die von Koizumi angenommene Wirkung des Krysolgan auf die Gefäßendothelien im Lichen erythematodes, die er mit der kapillartötenden Eigenschaft aller Metallsalze, auch der Goldsalze, im Sinne von Heubner in Zusammenhang bringt, ist widerlegt und von Heubner selbst größtenteils zurückgezogen.

Aussprache. Löwenstein a. G.: Es liegt mir vollkommen fern, die Resultate Ullmanns anzuzweifeln, nur bezüglich der Erklärung der Beobachtungen gehen unsere Ansichten auseinander. In den Versuchen von Koizumi, die absolut richtig sind, wurde gezeigt, daß das Krysolgan selbst unter den günstigsten Bedingungen in vitro keine bakterizide Wirkung entfaltet. Aber auch in vivo ließ es jede Heilwirkung vermissen, selbst wenn die Behandlung 24 Stunden nach der Infektion einsetzte und so energisch durchgeführt wurde, daß auf 1 g Lebendgewicht im Durchschnitte fast 1 mg Krysolgan kam. In keinem einzigen Falle war ein günstiger Einfluß zu konstatieren. Nun könnte ja das Krysolgan trotzdem wirken, auch wenn es in vitro wirkungslos wäre. Das Salvarsan wie Bayer 205 sind auch in ihrer Wirkungsweise noch völlig unerforscht. Wir wissen, daß diese Präparate, Trypanosomen bzw. Spirochäten in vitro nicht abtöten und doch im Heilversuch Erfolge aufweisen. Das Chinin hingegen wirkt auf die Malariaplasmodien auch in vitro ein, und zwar, wie ich schon 1918 zeigen konnte, auf das Protoplasma, nicht auf das Chromatin. An dem Beispiel der Malaria habe ich mir eine Vorstellung von dem Mechanismus der Heilwirkung gebildet. Ich habe damals diesen Vorgang als fraktionierte Sterilisation bezeichnet, da mir die Sterilisatio magna durch eine Injektion mit großen Chinindosen nicht gelungen ist. Es ist deshalb nicht gut

Digitized by Google

möglich, die Wirkung des Krysolgan als eine kausale zu bezeichnen, wie es Ullmann getan hat; denn in diesem Falle müßte entweder der Reagenzglasversuch oder der Tierversuch ein günstiges Ergebnis gezeitigt haben. Die Wirkungsweise des Krysolgan ist uns allen vorläufig unbekannt. Die Auffassung von Feldt, daß es sich hier um eine katalytische Wirkung des Goldions handelt, ist eine vage Idee. Sympathischer erscheint die Erklärung von Heubner, daß es sich um eine Giftwirkung des Goldes auf die Blutkapillaren, bestehend in einer Lähmung der Vasomotoren, handelt.

Schlußwort: Ullmann hält nicht die Versuche, wohl aber die Versuchsanordnung Koizumis und die daraus gezogenen Schlußfolgerungen für unrichtig. Die intravenöse Infektion eines Meerschweinchens läßt sich mit dem chronischen Tuberkulosenherd als zentrale Ursache des Lupus erythematodes beim weniger empfindlichen Menschen nicht in Vergleich bringen. Die angewendeten Dosen sind viel zu hoch gegenüber den humanen, wo gerade die kleinsten, nicht schädigenden, die beste Wirkung haben. Versuche in vitro kommen nicht in Betracht, da hier das zur Wirkung notwendige Exsudat fehlt. Daß Krysolgan oder Goldpräparate überhaupt gegen tuberkulöse Prozesse, wie Lupus, gänzlich unwirksam seien, wie Löwenstein meint, ist kaum anzunehmen, wenn sie auch zur Heilung nicht ausreichen und Gefahren bringen. Zur näheren Ausführung seiner Ansicht verweist U. auf seine in der W. kl. W. erfolgende Publikation.

Fuhs: **Osteoperiostitis gummosa des Schädeldaches und ausgebreitete tuberoserpiginöse Syphilide.** 46jähr. Pat. mit mehreren scharf ausgestanzten Substanzverlusten in der Gegend des Kapillitiums, deren Grund Teile der nekrotischen Stirn- und Scheitelbeine bilden. Röntgenbild: Hyperostose der knöchernen Schädelkapsel, Aufhellung an den Scheitelherden, stark verkalkte Knocheninseln innerhalb der Knochendefekte des Stirnbeins. Tubero-serpiginöse Syphilide in der mittleren Gesichts- und linken Oberarmgegend ergänzen das Bild.

Arzt: **Lymphogranulomatose mit Durchbruch der Haut.** 47jähr. Pat. September 1922 Husten, Fieber und Nachtschweiße, Drüsenschwellungen am Hals, in der Axilla und in inguine, auf interne Klinik aufgenommen. Blutbefund: negativ. Röntgenologisch: Infiltration des rechten Mittellappen und Herde im rechten Unterlappen. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Lymphogranulomatose. Röntgentherapie. Derzeit fast universelle derbe Drüsenschwellung, am stärksten subklavikular links. Dortselbst ein faustgroßer, unverschieblicher Tumor mit darüber geröteter Haut, an einer Stelle ein Ulkus. Histologische Untersuchung: In den Drüsen große, eigentümliche Riesenzellen vom Typus der Sternbergschen Zellen; im Ulkus Granulationsgewebe mit reichlich Riesenzellenbildung.

Arzt: **Mycosis fungoides im infiltrativen Stadium (?).** 53jähr. Mann. Seit 2 Jahren Hautaffektion mit stark schuppenden Plaques. Derzeit in der linken Flanke ein Herd 30 × 20 cm, braunrot, stellenweise mächtig prominierend, mit deutlicher Infiltration, an der Oberfläche mit Krusten bedeckt. Mehrere Herde am Hals und am Stamm. Morphologischer Blutbefund: negativ. WR und Luetin: negativ. Histologisch: Hyperkeratose. In der Kutis massiges Infiltrat aus verschiedenartigen Zellen.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Archives of Dermatology and Syphilology.

1925, Bd. 11, Nr. 4.

The Interpretation of Mycosis Fungoides as a Variety of Lymphosarcoma (Die Auslegung Mycosis fungoides eine Abart des Lymphosarkoms), von J. F. Fraser-New York. S. 425. Nicht nur auf Grund der Literatur, sondern nach eigenen Beobachtungen kommt Verf. zu der Ansicht, daß die Mycosis fungoides nichts anderes als eine Varietät des Lymphosarkoms ist. Er berichtet über drei Fälle (ein vierter Fall

Digitized by Google

wird später noch berichtet werden), die klinisch durchaus das Bild der Mycosis fungoides darboten und bei genauer histologischer Untersuchung sich als ein typisches Lymphosarkom herausstellten.

Leiomyoma Cutis (Leiomyom der Haut), von O. S. Ormsby-Chicago. S. 466. Die histologische Untersuchung von zwei Fällen ergab den Zusammenhang der Muskelfasern mit den Arrectores pilorum. Therapeutisch empfiehlt Verf., da Röntgenbehandlung erfolglos ist, Elektrolyse und Kohlensäureschnee, die die spontan oder unter Witterungseinflüssen auftretenden Schmerzen mit den Knoten beseitigen, ohne aber später auftretende Rezidive der Knoten in der Nachbarschaft verhindern zu können.

Ringworm of the Scalp in Adults (Mikrosporie des Kopfes bei Erwachsenen), von H. Fox-New York und R. W. Fowlkes-Richmond. S. 446. Bericht über drei Fälle im Alter von 26, 36 und 45 Jahren, darunter eine tiefe Form der Mikrosporie. Verf. hält das Vorkommen der Mikrosporie bei Erwachsenen in Europa wie in Amerika für äußerst selten. Bekannt ist es ihm, daß in Japan die Affektion bei Erwachsenen recht häufig ist und mehr Männer als Frauen davon befallen werden. In Amerika soll es umgekehrt sein, der nichtentzündliche Typ vorherrschen und Neger mehr befallen werden als Weiße.

Sarcomatosis Cutis of Spiegler. Sarcoid of Spiegler-Fendt (Spieglers Hautsarkomatose. Spiegler-Fendtsches Sarkoid), von S. E. Sweitzer-Minneapolis. S. 481. Bei einem 69jähr. Manne entwickelten sich innerhalb von acht Tagen multiple Knoten unter der Haut, die sich histologisch als Sarkom darstellten. Die Tumoren schwanden spontan; die trotzdem an einzelnen Stellen angewendete Röntgenbestrahlung brachte kein schnelleres Verschwinden der Knoten als an den nichtbestrahlten Stellen. Im Verlaufe eines Jahres kamen die Knoten wieder und schwanden nach Einnahme von Fowlerscher Lösung. Bald darauf Exitus infolge allgemeiner Schwäche. Die Sektion ergab keine besondere Todesursache. Die inneren Organe waren voll funktionsfähig. Verf. nimmt deshalb an, daß die Ursache der Knoten auch starke Störungen des Stoffwechsels verursachte. Der Fall entspricht der zuerst von Spiegler, allerdings mit schlechter Prognose angegebenen, später von Fendt richtigerweise mit meist guter Prognose geschilderten Hautsarkomatose.

Studies on Hair with Special Reference to Hypertrochosis (Studien über das Haar mit besonderer Berücksichtigung der Hypertrichose), von C. H. Danforth-St. Louis. S. 494. Verf. bringt in diesem ersten Teile seiner Arbeit eine gründliche Übersicht der verschiedensten Hypothesen, die zur Zeit über die Phylogenie der Haare existieren.

Mercurosal in Experimental Rabbit Syphilis (Mercurosal bei experimenteller Kaninchensyphilis), von O. M. Gruhzit-Detroit. S. 509. Eine einzige Behandlung syphilitischer Kaninchen mit einer Dosis von 10—15 mg Mercurosal pro kg brachte Heilung, wie die Untersuchung der Lymphknoten bewies. Eine Dosis unter 6,7 mg pro kg war erfolglos. Mercurosal in 2—3tägigem Abstand in 3,3 mg-Dosen pro kg gegeben, hatte in 70% Heilung zur Folge, ohne zu toxischen Wirkungen zu führen.

L. Mühlpfordt-Allenstein.

Annales des Maladies Vénériennes.

1925, Jahrg. 50, Nr. 4.

Valeur diagnostique de la réaction de Desmoulière (Die diagnostische Bedeutung der Desmoulièreschen Reaktion), von Gougerot und E. Peyre. S. 241. An über 600 Fällen hat sich Verf. von der Exaktheit der Desmoulièreschen Reaktion überzeugt. Sie bildet eine wesentliche Unterstützung bei der Erkennung der Lues. In zweifelhaften Fällen hat natürlich auch hier — wie bei allen Laboratoriumsuntersuchungen — die Klinik — und nicht das Reagenzglas — zu entscheiden. Die gleichzeitige Ausführung der Untersuchungen nach Wassermann, Desmoulière und Hecht gibt das größtmöglichste Maß von Sicherheit, das man von dem Laboratorium überhaupt erwarten kann.

Réactions de floculation et de trouble comparées avec la réaction de Wassermann dans le séro-diagnostic de la syphilis. Leur sensibilité au point de vue thérapeutique (Flockungs- und Trübungsreaktionen im Vergleich zur Wassermannschen Reaktion in der Sero-Diagnostik der Syphilis. Ihre Empfindlichkeit vom therapeutischen Gesichtspunkte aus), von L. Pais, Derm. Univ.-Kl. Sassari. S. 248. Untersucht wurden 500 Sera; unter ihnen stammten 50% von behandelten oder in Behandlung begriffenen Luetikern. Zum Vergleich mit der WR wurden herangezogen: die

Digitized by Google

Flockungsreaktionen von Sachs-Georgi, Meinicke (dritte Modifikation) und Bruck und die Trübungsreaktionen von Dold und Meinicke. Es zeigte sich, daß diese Methoden der WR gleichwertig sind bezüglich Sensibilität und Spezifität, und zwar bei florider und Spätlues. Besonders gilt das von Sachs-Georgi und der Meinickeschen Trübungsreaktion, die wegen ihrer Sparsamkeit und technischen Einfachheit den Vorzug verdienen.

F. Landauer-Berlin.

Acta Dermatologica.

1925, Bd. 4, Nr. 5.

On Experimental Re-inoculation of Syphilis in Rabbits. (I) Re-inoculation Experiment After „Cure" of Syphilis with Salvarsan-„Reinfection" (Über experimentelle Reinokulation bei Kaninchen. I. Reinokulationsexperimente nach „Heilung" von Syphilis mit Salvarsan-„Reinfektion"), von Y. Adachi. S. 488. In Zeitabständen von 1, 3, 6, 24—42 Stunden nach prophylaktischer Injektion von 0,01 mg Salvarsan pro kg Gewicht intravenös und dreiwöchiger Vorbehandlung (eine Spritze pro Woche) wurden Kaninchen infiziert: 1. subkutan ins Skrotum mit zerkleinertem syphilitischen Gewebe; 2. in beide Testes mit Spirochätenemulsionen; 3. durch Skarifikation der Skrotalhaut. Die Schanker der vorbehandelten Tiere unterscheiden sich nicht von denen der Kontrolltiere, nur längere Inkubation. Bei der zweiten Gruppe, wo die Inokulation sofort nach der Spritze vorgenommen wurde, entwickelten sich keine Schanker. Der Erfolg der Reinokulation bei syphilisinfizierten Kaninchen, die bis zur „Heilung" (Therapia sterilisans) mit Salvarsan behandelt wurden, ist nach Verf. abhängig von dem Zeitraum zwischen erster Impfung und Behandlungsbeginn. Reinokulation gelingt in 100%, wenn Behandlung innerhalb 45 Tagen nach Infektion stattfindet, mißlingt stets, wenn Behandlung 3—4 Monate nach Impfung einsetzt. Ganz seltene Ausnahmen. Verf. glaubt, daß es sich um einwandfreie „Reinfektion" handelt nach völliger Ausheilung. Unmöglichkeit der Reinfektion bei spätbehandelten Tieren sei ein Beweis für syphilitische Immunität; ob relative oder echte, das sollen spätere Versuche entscheiden. Die Annahme, daß das Bestehen einer Immunität an das Vorhandensein aktiver Spirochäten im Organismus gebunden sei, wird abgelehnt.

On the Specificity of the Seroreactions in Experimental Syphilis with Special Reference to the „Sachs-Georgi"-Reaction (Über die Spezifität der Seroreaktionen bei experimenteller Syphilis unter besonderer Berücksichtigung der „Sachs-Georgi"-Reaktion), von S. Takenaka, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 495. Beim Menschen Übereinstimmung von WR und SG in 93%. Bei Nichtübereinstimmung entspricht SG mehr dem klinischen Bilde. Bei der Kaninchensyphilis meist übereinstimmendes Resultat, SG etwas empfindlicher. Bei Impfungen mit Spirochaeta cuniculi oder Rattenbißfieber sind SG und WR negativ. Es sind möglichst beide Reaktionen auszuführen. Bei SG darf nur ein zuverlässig geprüftes Antigen benutzt werden.

On Autolysin in Rabbit Syphilis (Über Autolysin bei Kaninchensyphilis), von S. Takenaka, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 505. Untersuchungen an Kaninchen über das sog. Kälteautolysin, das beim Menschen bei paroxysmaler Hämoglobinurie im Gefolge einer hereditären oder Spätsyphilis auftritt. Von 161 infizierten Tieren, die $^1/_2$ bis $28^1/_2$ Monate nach der Impfung untersucht wurden, zeigten nur 2 Seren das Phänomen der Hämolyse. Verf. glaubt das negative Ergebnis dadurch erklären zu können, daß sich die Kaninchen $28^1/_2$ Monate nach der Inokulation noch nicht in einem dem Spätstadium des Menschen entsprechenden Krankheitsstadium befunden haben. Auch beim Menschen tritt das Phänomen erst im Tertiärstadium auf. M. Gumpert-Berlin.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1925, Nr. 4.

Sitzung vom 2. April 1925.

J. Nicolas und J. Gaté: **A propos du procès-verbal. Sur la valeur de la réaction de Bordet-Wassermann** (Zum Protokoll. Über den Wert der Wassermannschen Reaktion). Verwahrung gegen die Ausführungen von Rubinstein in der Sitzung vom 12. März 1925, daß die von N. und G. bei Syphilis beobachteten negativen Serum-

Digitized by Google

reaktionen, die ihrer Meinung nach kein Grund sein dürften, die Behandlung zu beenden oder den Kranken für geheilt zu erklären, auf mangelhafter Technik beruhten.

Lévy-Franckel und A. C. Guillaume: **Pélade avec spasme artériolique et polyurie, consécutifs à un traumatisme** (Alopezie mit arteriellen Spasmen und Polyurie im Anschluß an eine Verwundung). Vor 17 Jahren Schußverletzung am linken Schenkel; acht Monate später Haarausfall, der allmählich den ganzen Körper mit Ausnahme der Achselhöhlen ergreift. Gleichzeitig Kribbeln und Schmerzen in den Beinen, dann in den Händen, starker Durst, Polyurie. Es entwickeln sich an den Beinen weitere trophische Störungen. Beweis für das Vorkommen von Störungen des Zirkulationssystems bei gewissen Formen von Alopezie. Sabouraud meint, daß man mit der Beurteilung des Zusammenhanges von Alopezie mit Traumen außerordentlich vorsichtig sein muß; er hat ebenso wie Thibierge während des Krieges keinen einschlägigen Fall gesehen. Lévy-Franckel hat einschließlich des vorgestellten Falles 15 Fälle gesammelt.

Lortat-Jacob und Legrain: **Un cas d'actinomycose traité par l'ingestion d'iode colloidal** (Fall von Aktinomykose mit innerlicher Darreichung von kolloidalem Jod behandelt). Aktinomykose der linken Submaxillargegend. Nach Einnehmen einer 4%igen kolloidalen Jodsuspension (Dikaliode) rapide Heilung in einem Monat. In der Aussprache wird es als fraglich bezeichnet, ob der ausgezeichnete Erfolg wirklich nur auf die kolloidale Form des Jods zu beziehen ist.

H. Josion und Diot: **Essai de vaccinothérapie locale du chancre mou par les filtrats de germes associés au bacille de Ducrey** (Versuch einer örtlichen Vakzinebehandlung des weichen Schankers mit Filtraten der mit dem Streptobazillus vergesellschafteten Keime). Die durch Vakzination eines einzelnen Organes erreichte örtliche Immunität ist gewöhnlich mit Immunität des ganzen Organismus verbunden: Immunität ohne Antikörper. Diese örtliche Immunisierung ist in vorzüglicher Weise durch Filtrate (von Keimen befreite Kulturen) ausführbar. Beim weichen Schanker sind außer dem Streptobazillus zahlreiche andere Keime vorhanden. Da ersterer sehr schwer kultivierbar ist und die Erscheinungen großenteils von den Begleitbakterien abzuhängen scheinen, wurde der Versuch gemacht, von deren Kulturen Filtrate herzustellen und zu immunisierenden Umschlägen zu verwenden. Es konnte keine Spezifität eines dieser Keime (Staphylo- und Streptokokken, Corynebacterium cutis, polymorphe grampositive Kokken, Kolibazillen) nachgewiesen werden; in der Bakterienflora herrscht eine große Variabilität. Beschreibung der Technik der Gewinnung einer Stammkultur. Behandlung mit Umschlägen und Kompressen, die mit 10 ccm des aus den Kulturen gewonnenen Filtrates getränkt sind. In mehreren Fällen wurde innerhalb weniger Tage der Schanker in eine reine Erosion verwandelt, und die völlige Heilung wurde in kürzerer Zeit als sonst erzielt. Die Methode ist keine spezifische.

Gougerot und P. Blum: **Purpura angioscléreux prurigineux avec éléments lichénoides** (Purpura angiosclerotica pruriginosa mit lichenoiden Elementen). 41jähr. Mann zeigt an den varikösen Beinen symmetrische Läsionen vom Aussehen einer einfachen angiosklerotischen Purpura, die jedoch als Besonderheit ein genau auf die Oberfläche der Effloreszenzen lokalisiertes Jucken und ferner kleine, rote, purpurartige, papulöse, glänzende, lichenoide Elemente zeigt. Diese finden sich auf von älteren Purpuraeruptionen herrührenden Pigmentierungen und oft in der Peripherie konfluierender Purpuraflecke. Sonstige Zeichen von Lichen planus fehlen; wahrscheinlich handelt es sich um Blutaustritte infolge von Kapillarzerreißungen, die durch Zellinfiltration zur Papelbildung führen und durch das Jucken den lichenoiden Charakter annehmen. Sabouraud weist die Diagnose einer Purpura zurück; es handele sich einfach um Läsionen varikösen Ursprunges.

Jeanselme und Hufnagel: **Un cas de dermatite polymorphe aiguë chez un homme âgé de 84 ans, atteint d'une affection urinaire chronique** (Fall von akuter polymorpher Dermatitis bei einem Manne von 84 Jahren mit chronischem Harnleiden). Vor 3 Jahren wegen Prostatitis operiert, trägt Verweilkatheter, wahrscheinlich dauernde oder zeitweise Infektion. Seit einem Monat allgemeine Eruption von erythematös-papulösem und bullösem Charakter; mit Rücksicht auf Schmerzen und Jucken könnte man auch an Duhringsche Krankheit denken.

A. Galliot: **Syphilis conjugale à forme fruste chez la femme** (Eheliche Syphilis in abortiver Form bei der Frau). Es kommen sicher nicht selten Fälle einer abnormen Form von Syphilis bei Frauen vor, die keinerlei Haut- oder Schleimhauterscheinungen zeigen, sich nur durch wiederholte Störungen der Schwangerschaft (Aborte, tote oder kongenital syphilitische Kinder) dokumentieren, mit gewöhnlich positiver, nur selten

Digitized by Google

negativer WR. Sie sind für die betreffenden Kranken gutartig, nicht infektiös, aber sehr toxisch für die Nachkommenschaft. Die Übertragung erfolgt wahrscheinlich mit dem Sperma. Sabouraud: Es könnte sich um Infektion durch gewisse, stark abgeschwächte Sekrete alter Syphilitiker handeln.

C. Simon: **Chancre professionel de la conjonctive chez un médecin** (Berufliche Infektion an der Konjunktiva bei einem Arzte). Die Infektion wird auf Eindringen von Speichel bei der Untersuchung eines Pat. mit Plaques im Halse infolge plötzlichen Hustens zurückgeführt.

L. Bory: **A propos des syphilis occultes de la femme. La notion des porteuses de germe** (Zur verborgenen Syphilis der Frau. Der Nachweis der Keimträgerinnen). Bei Frauen kommt außer der gewöhnlichen Syphilis mit normalem Verlaufe eine Infektion an den inneren Genitalien vor, bei der der Primäraffekt fehlt und die Krankheit oft latent bleibt; die Mutter kann auch durch den vom Vater her syphilitischen Fötus infiziert werden. Schließlich können Frauen, besonders Prostituierte, einfach Keimträgerinnen sein und so trotz anscheinender Gesundheit die Syphilis übertragen, was jedoch selten der Fall sein wird. Jedenfalls sollten systematische Blutuntersuchungen bei Prostuierten obligatorisch sein.

L. Bory: **Sur la signifacation des corpuscules chromatophiles dans les lésions du micro-chancre poradénique [maladie de Nicolas-Favre]** (Über die Bedeutung der chromatophilen Körperchen im Mikroschanker (Nicolas-Favresche Krankheit). Die fraglichen Formen, die sich in allen Plasmomen finden, sind in der Primärläsion der inguinalen Lymphogranulomatose sicher besonders reichlich, aber sie sind nicht für diese charakteristisch. Es handelt sich dabei um Kerntrümmer.

P. Chevallier und P. Barreau: **Adénopathies inguinales vénériennes non suppurées avec généralisation transitoirs à des groupes ganglionnaires [forme non suppurée et extensive de la maladie de Nicolas et Durand]** (Nichteitrige venerische Leistendrüsenentzündung mit vorübergehender allgemeiner Ausbreitung auf andere Drüsengruppen (nichteitrige, ausgebreitete Form der Nicolas-Durandschen Krankheit). Junges Mädchen, 14 Tage nach dem ersten Koitus erkrankt; der Partner hatte 8 Tage vor ihr Erscheinungen der Leistendrüsenerkrankung bemerkt, befand sich also zur Zeit des Koitus im Inkubationsstadium. Einen Monat nach Beginn der Erkrankung gehen die Leistendrüsen zurück; gleichzeitig Drüsenschwellungen an verschiedenen anderen Körperstellen. Abweichend von dem typischen Bilde der subakuten inguinalen Lymphogranulomatose ist in diesem Falle Milzschwellung, Drüsenschwellungen in den Achseln und im Nacken, normale Blutformel.

Louste und Lévy-Franckel: **Sclérodermie de la verge** (Sklerodermie am Glied). Am inneren Präputialblatt und der Glans Entfärbung, an ersterer Haut sich verdickt anfühlend, an der einen Seite leicht erhaben mit Varikositäten und Neigung zur Purpurfärbung. Die Läsion sieht im ganzen weiß atrophisch aus; Sensibilität herabgesetzt.

W. Dubreuilh und P. Broustet: **Traitement des chancres mous par la vaccin de Nicolle** (Behandlung des weichen Schankers mit Nicollescher Vakzine). Streptobazillenvakzine. Gute Erfolge, doch stören die nach den Einspritzungen folgenden sehr intensiven, fieberhaften Allgemeinreaktionen. Unterbrechung der Behandlung scheint durch Angewöhnung zu Mißerfolgen zu führen. Gute Wirkung auch auf die Bubonen.

J. Montpellier: **Lichen hypertrophique corné et lichen plan** (Lichen hypertrophicus corneus und Lichen planus). Nachdem ein Lichen hypertrophicus corneus neun Monate lang bestanden hatte, trat ein Lichen planus der Mundschleimhaut auf.

J. Montpellier und R. Zeraffa: **Lichen et radiothérapie** (Lichen und Röntgenbehandlung). Heilung durch Bestrahlungen der Wirbelsäule, und zwar Interskapular- und Lumbosakralregion. In dieser nur eine Bestrahlung von links; es war auffallend, daß am rechten Bein die Erscheinungen erst nach zwei Monaten zurückgingen, während im übrigen das Jucken schon nach zwei Tagen geschwunden war. E. Levin-Berlin.

Réunion Dermatologique de Strasbourg.

Sitzung vom 8. März 1925.

L.-M. Pautrier: **Zum Protokoll.** Zu dem in der Januarsitzung besprochenen Fall von Psoriasis, in dem nach Azetylarsaneinspritzungen eine allgemeine exfoliierende Erythrodermie und ein allgemeiner Psoriasisausbruch eingetreten war, wird eine von anderer Seite gemachte ähnliche Beobachtung mitgeteilt.

Digitized by Google

J. Roederer und G. Lévy: **Lupus-carcinome** (Lupuskarzinom). Es hat in diesem Falle keine irritierende Behandlung, die für die Entstehung des Karzinoms angeschuldigt werden könnte, insbesondere keine Röntgenbehandlung stattgefunden.

L.-M. Pautrier: **Tuberculides de la face (forme intermédiaire à l'acnitis et à la lupoide miliaire)** (Tuberkulide des Gesichtes [Zwischenformen zwischen Aknitis und miliarem Lupoid]). Es ist in diesem Falle auf Grund des klinischen Bildes, der seit mehreren Monaten in sukzessiven Schüben stattfindenden Entwicklung, der mehrfach negativen WR, des vollkommenen Versagens der Wismutbehandlung und der histologischen Struktur sicher, daß die bei zahlreichen als Tuberkulide imponierenden Affektionen nachweisbare syphilitische Ätiologie hier nicht in Frage kommt.

O. Eliascheff: **Un cas de dermatite chronique atrophique** (Fall von Dermatitis chronica atrophicans). Die histologische Untersuchung einer frischen Effloreszenz ergab den für Erythromelie im Stadium der entzündlichen Infiltration charakteristischen Befund. Die Ursache der Erkrankung konnte nicht aufgefunden werden.

L.-M. Pautrier und Metzger: **Dermatite polymorphe de Duhring-Brocq, variété herpétiforme pure** (Dermatitis herpetiformis Duhring-Brocq, rein herpetiforme Varietät). Die rein herpetiforme Varietät scheint im Gegensatz zu Amerika in Frankreich gegenüber der mit erythematösen, vesikulösen und bullösen Erscheinungen auftretenden Form ziemlich selten zu sein. Es bestand hier gleichzeitig latente Syphilis; gegen beide Erkrankungen Salvarsanbehandlung.

L.-M. Pautrier, L. Ambard, F. Schmid und G. Lévy: **Ulcération atone guérie par l'insuline chez une malade à glycémie normale** (Durch Insulin geheilte atonische Ulzeration bei einer Kranken mit normaler Glykämie). Bei einer schon früher wegen wuchernder tuberkulöser Geschwüre an den Beinen vorgestellten Frau hatten sich, nachdem fast völlige Überhäutung eingetreten war, in dem sklerotischen Gewebe neue Ulzerationen entwickelt, die jeder Behandlung trotzten. Insulinbehandlung (zweimal täglich $^1/_2$ ccm Endopankrine subkutan, im ganzen bisher 600 Einheiten, außerdem Verband mit demselben Mittel) führte zur Heilung, obwohl Diabetes nicht vorlag.

G. Sackenreiter: **Deux cas rares de lésions cutanées provoquées par des substances chimiques** (Zwei seltene Fälle von durch chemische Substanzen hervorgerufenen Hautläsionen). 1. Tiefgehende Nekrose bei einem 60jähr. Manne nach Umschlägen, zu denen bei einer kleinen Verbrennung versehentlich Essigessenz genommen worden war. 2. Geschwür an der Hand eines jungen Mädchens, dadurch entstanden, daß sie sich nach Verletzung mit einem Nagel zur Desinfektion Arsenpulver eingerieben hatte. In der Nähe entwickelte sich nach einiger Zeit spontan ein zweites Geschwür (örtliche Vergiftung aus einem Arsendepot).

L.-M. Pautrier: **Pemphigus subaigu, à bulles extensives, chez un enfant de 5 ans. Inoculation positive à la cornée du lapin** (Pemphigus subaigu, à bulles extensives, bei einem Kinde von 5 Jahren). Positive Impfung an der Kaninchenkornea). Der Fall, bei dem plötzlich gleichzeitig an der Mundschleimhaut und der Haut Blasen von bedeutendem Umfange aufgetreten waren, die durch rapide Ausbreitung in der Peripherie zu weitgehendem Epithelverluste führten, verbunden mit Allgemeinerscheinungen von infektiösem Charakter, erinnert an das von Brocq aufgestellte Krankheitsbild, unterscheidet sich jedoch von ihm durch den schließlich glücklichen Verlauf und die Lokalisation der Blasen vorwiegend im Gesicht. In Kulturen fanden sich Staphylokokken; Inokulationen auf Kaninchenkornea waren, auch bei Weiterimpfung auf andere, positiv und gaben Läsionen, die den nach Impfung mit Herpesbläschensekret glichen.

G. Kessler und A. Weiss: **Corne cutanée de la lèvre supérieure chez une malade atteinte de leucoplasie buccale avec dégénérescence maligne** (Cornu cutaneum der Oberlippe bei einer an Leukoplakie der Mundschleimhaut mit maligner Entartung leidenden Kranken). Das Cornu cutaneum hat sich wahrscheinlich im Gefolge einer geplatzten Sebumzyste entwickelt; es saß an der Grenze zwischen Schleimhaut und äußerer Haut. An seinem Grunde und an anderen von der Leukoplakie ergriffenen Stellen findet sich epitheliomatöse Proliferation. Ätiologisch wird kongenitale Syphilis angenommen.

L.-M. Pautrier: **Erythème induré de Bazin** (Erythema induratum Bazin). Histologisch Granulome von tuberkuloidem Bau, keine Tuberkelbazillen. Meerschweinchenimpfung ergibt Induration um die Impfstelle, Drüsenschwellung.

L.-M. Pautrier, Metzger und G. Lévy: **Acné papulo-pustuleuse avec formation de chéloides sur acné et lésions comédonniennes atrophiques, en bande, simulant par places des vergetures rondes** (Acne papulo-postulosa mit Bildung von Keloiden auf Akne und atrophischen Komedobildungen in Bandform, stellenweise guirlanden-

Digitized by Google

förmige Wucherungen vortäuschend). Sehr komplizierte Affektion, für die Bezeichnungen wie „Einseitiger Naevus in Band- und Fleck-Form" und „Comedonaevus" nicht zu passen scheinen. Histologisch wesentlich Zerstörung des Elastins, wahrscheinlich infolge perifollikulärer Entzündung. Zirkumskripte Hautatrophie, hervorgerufen durch primäre Komedonenbildung.

Payenneville und Castagnol: **Lichénification géante et lichénifications nodulaires circonscrites co-existant chez un même malade** (Gleichzeitige riesenhafte Lichenifikation und zirkumskripte knötchenförmige Lichenifikationen bei demselben Kranken). Der Fall ist, abgesehen von seiner Seltenheit, wichtig als Beweis dafür, daß das als Lichen obtusus beschriebene Krankheitsbild nichts mit dem Lichen planus gemein hat, sondern zu dem besonderen Kapitel der abnormen umschriebenen Lichenifikationen gehört.

Payenneville: **Deux cas d'adénomes sébacés symétriques de la face (type Pringle et type Hallopeau, Leredde, Darier) coexistants avec une maladie de Recklinghausen** (Zwei Fälle von symmetrischem Adenoma sebaceum des Gesichtes [Typus Pringle und Typus Hallopeau, Leredde, Darier] gleichzeitig mit Recklinghausenscher Krankheit). In beiden Fällen handelt es sich um, wenn auch vielleicht nicht kongenital, so doch in der allerfrühesten Kindheit aufgetretene Erscheinungen, mit gleichartiger Lokalisation und vergesellschaftet mit Recklinghausenscher Krankheit. Diese Kombination scheint bisher nicht beobachtet zu sein; es dürfte sich um ein das klinische Bild der letzteren ergänzendes Hautsymptom handeln.

J. Hababou-Sala: **Nouvelles recherches sur le Streptobacille de Ducrey** (Neue Untersuchungen über den Streptobazillus). Nach Darlegungen über eine neue Technik zur Isolierung und Kultivierung werden deren nach den verschiedensten Richtungen hin studierte Eigenschaften geschildert. Die Isolierung des Streptobazillus führte zur Bereitung einer neuen Filtratvakzine zur örtlichen Anwendung. Noch nicht eröffnete Bubonen werden punktiert, der Eiter möglichst vollständig entfernt, die Filtratvakzine injiziert und ein damit getränkter Verband aufgelegt. Ebensolchen Verband auf das Ulcus molle, täglich wiederholt. Jegliche andere Behandlung muß unterbleiben. Die Geschwüre reinigen und überhäuten sich sehr schnell; Bubonen treten nicht auf, bestehende heilen abortiv. Bei der örtlichen Filtratvakzinebehandlung fallen die entzündlichen Erscheinungen der Intradermoreaktion infolge des Fehlens der Mikrobenkörper fort.

E. Levin-Berlin.

Réunion Dermatologique de Nancy.

Sitzung vom 14. Februar 1925.

G. Etienne, L. Mathieu und M. Verain: **Méningite hérédo-syphilitique chronique très tardive** (Sehr spät aufgetretene chronische Meningitis bei kongenitaler Syphilis). 37jähr. Kranke, seit etwas über einem Jahre zunehmende Kopfschmerzen. Bei negativer WR zunächst Annahme einer Funktionsstörung der Nieren, dann nach Reaktivierung durch Hg im Liquor WR positiv, Lymphozytose Hyperalbuminose. Spezifische Behandlung führt wesentliche Besserung herbei. Keine Zeichen erworbener Syphilis; für kongenitale Syphilis sprechen völliger Mangel des Processus xiphoideus, charakteristische Schädelform mit stark hervorspringenden Stirnhöckern. Kongenitale Syphilis zeigt nur sehr selten Meningitis in so später Zeit.

Corret und Carillon: **Un cas de Canitie** (Fall von Canities). 31jähr. Mann. Innerhalb drei Wochen völliges Weißwerden der Kopf-, Barthaare, Augenbrauen, Wimpern, verbunden mit Trockenwerden, Ausfall. Insuffizienz der Hypophysenfunktion; nach Organbehandlung Wiederwachsen der Haare, Canities unverändert. Wahrscheinlich hat es sich zunächst um eine totale Alopezie gehandelt, auf der dann ein Nachwuchs farbloser Haare erfolgte.

J. Watrin: **Lichen de l'avant-bras à disposition linéaire** (Lichen des Unterarmes in lineärer Anordnung). Außer einer im allgemeinen lineären Eruption im oberen und unteren Drittel der Radialseite des rechten Unterarmes und der Dorsalseite des Daumens spärliche Effloreszenzen am übrigen Körper. Mundschleimhaut frei. Zeitweise starkes Jucken; Besserung nach Bestrahlung in der Interskapulargegend.

P. Haushalter: **La syphilis héréditaire à la clinique infantile** (Die kongenitale Syphilis in der Kinderklinik). Photographien und Kranke mit den verschiedensten Erscheinungsformen der kongenitalen Syphilis.

Spillmann und Drouet: **Dystrophies multiples d'origine hérédo-syphilitique probable** (Multiple Dystrophien wahrscheinlich kongenital-syphilitischen Ursprunges).

Digitized by Google

Kongenitale Syphilis der zweiten Generation. Zahlreiche Dystrophien und Mißbildungen, wahrscheinlich auf der Grundlage verschiedener endokriner Störungen.

Spillmann und Drouet: **Gomme syphilitique du sternum et mélanodermie généralisée** (Syphilitisches Gummi des Sternums und allgemeine Melanodermie). Seit zwei Jahren bestehende voluminöse Schwellung im Bereiche der Gelenkverbindung mit Klavikula und beiden ersten Rippen mit drei Öffnungen. Allgemeine Melanodermie (Landstreicherhaut), doch mit Rücksicht auf Pigmentierungen der Mundschleimhaut wohl auch Beteiligung der Nebennieren.

L. Spillmann: **Tabès et syphilide cutanée tertiaire** (Tabes und tertiäres Hautsyphilid). Die Kombination ist vielleicht häufiger, als im allgemeinen angenommen, weil oft eine Verkennung der Hauterscheinungen vorkommt. Dazu kommt oft auch bei diesen Fällen eine negative WR.

L. Spillmann: **La syphilis est-elle en décroissance?** (Nimmt die Häufigkeit der Syphilis ab?). Nach vorübergehender Abnahme hat in Nancy gegen Ende 1924 wieder ein Ansteigen der frischen Infektionen stattgefunden. Die Infektionen rühren überwiegend von der geheimen Prostitution her, die man mit einem gewissen Erfolge zur Behandlung zu bringen versucht hat. Von den in manchen Landesteilen befindlichen zahlreichen ausländischen Arbeitern leidet ein großer Teil an manifester Syphilis; sie bedürfen strenger Überwachung. Forderung der Aufklärung des Publikums, besserer Ausbildung der Ärzte. Die Behandlung der Syphilis wird nicht mehr mit der genügenden Sorgfalt und Energie durchgeführt, wie während des Krieges.

L.-M. Pautrier und G. Lévy: **Les échanges dermo-épidermiques** (Der Austausch zwischen Kutis und Epidermis). Die Untersuchungen wurden vermittels spezieller Färbungen am Melanin und den Fetten und Äthern des Cholesterins angestellt. Es gelang der Nachweis einer Zirkulation von der Tiefe zur Oberfläche und umgekehrt; es handelt sich dabei um eine periphere Ausbreitung des retikulo-endothelialen Gewebes. E. Levin-Berlin.

Bücherbesprechungen.

Grundriß der Histopathologie der Hautkrankheiten, von W. Frieboes. (Zweite, vermehrte Auflage, mit 144 teils farbigen Abbildungen im Text. Verlag F. C. W. Vogel, Leipzig 1924.) Seinem Lehrer E. Hoffmann hat Frieboes die 2. Auflage seines Grundrisses gewidmet, der zuerst 1920 erschienen war und gegen alle Erwartungen des Autors nach so wenigen Jahren schon eine Neuauflage nötig machte. Der Autor legt Wert auf die persönliche Note seines Buches, die vor allem sich auswirkt in der neu aufgenommenen kurzen Einleitung über die normale Anatomie der Haut; Frieboes' neue Histologie der Oberhaut, seine „zwei Synzytien" müssen ihren Ewigkeitswert noch beweisen. Am Schlusse sind einige Literaturangaben zusammengestellt, aus welchen der Anfänger nur Stichproben zu machen braucht, um die sehr persönliche Darstellungsart des unermüdlichen, und mutig eigene Wege wandelnden Forschers in sich aufzunehmen. Alles in allem hat der Grundriß kaum eine Erweiterung erfahren, und doch ist der Gesamteindruck für den kritischen Leser dieses Mal weit befriedigender. Ref. hatte bei der ersten Anzeige es nicht an Ausstellungen fehlen lassen, die, wenn sie auch grundsätzlich bei der kaum geänderten Gruppierung und Darstellung bestehen bleiben, doch von selbst zurücktreten angesichts der Empfindung, daß hier eine geschlossene und, wie gesagt, eigenwillige Darstellung der schwierigen Materie geboten ist. Die verschwenderisch zahlreichen farbigen und nichtfarbigen Abbildungen sind um gute vermehrt worden. Der Verlag hat an Ausstattung, Papier und Druck sein Bestes gegeben. Es ist schon bemerkenswert, wie vieles mit Einschluß der ganz ungleich hingeworfenen kurzen klinischen Notizen auf 200 Seiten an anatomischen und pathologischen Ausführungen geboten werden kann. Mit besonderem Interesse hat Ref. in dem Kapitel über das Ekthyma gangraenosum F.s nicht belanglose Auseinandersetzung mit dem Hamburger Pathologen Eugen Fränkel entgegengenommen. Durchaus nicht immer geht Ref. in den Geschwulstkapiteln mit dem Verf. zusammen. Doch sollen hier keine Einzelheiten aufhalten. Die Anlage des Frieboesschen Buches aber bringt es mit sich, daß die 2. Auflage bald vergriffen sein wird, weil seine ehrliche und klare Darstellung die Grenzen unseres histologischen Erkennens zur Voraussetzung hat und eindringlich betont, daß das klinische Erfassen einer Hautaffektion und ihre Genese die histologische Diagnose oft genug erst möglich machen. E. Delbanco-Hamburg.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Tierische Parasiten und Fremdkörper.

Neue Unterschiede zwischen Kopf- und Kleiderlaus, von L. Freund-Prag. (D. m. W., 1925, Nr. 9, S. 358.) Die Kopflaus unterscheidet sich folgendermaßen von der Kleiderlaus: 1. Die Telsonzapfen der Kleiderlaus sind schlank, die der Kopflaus breit. 2. Dementsprechend ist das Zwischenfeld zwischen den Telsonzapfen, das die Analspalte birgt, beim P. vestimenti breit, beim P. capitis schmal. 3. Der Bordenbesatz der Telsonzapfen ist bei P. vestimenti schütter, die Zahl der Borsten bei P. capitis größer, der Borstenbesatz daher viel dichter. 4. In der Region zwischen den ventralen Borstenreihen der Telsonzapfen finden sich bei P. vest. nur wenige kurze Borsten, bei P. cap. dagegen zahlreiche. 5. Die Gonopoden sind bei P. vest. schlank, sichelförmig gebogen, bei P. cap. breit, nur wenig gebogen. 6. Zwischen den oralen Ursprüngen der medialen Gonopodenkanten, kaudal vom Genitalfleck, liegt bei P. cap. eine Gruppe dichtgestellter, kurzer, dicker Borsten; bei P. vest. fehlen die Borsten überhaupt, oder es sind nur ganz dünne vorhanden. 7. Auf der Medialkante der Gonopoden stehen bei P. vest. dünne, kurze Börstchen in einer Reihe entlang der Kante; bei P. cap. sind sie dick und dicht angeordnet. 8. Auf der Kaudalkante der Gonopoden entspringen die lateralen, langen Borsten bei P. vest. knapp innen vom Rande, bei P. cap. weit oralwärts. 9. Die Reihe der langen, kaudalen Gonopodenborsten geht lateral auf den zwischen Gonopodenursprung und Telsonzapfen eingeschalteten Basalwulst im Bogen über. Die senkrecht an diese anstoßende zentrale Borstenreihe der Telsonzapfen trifft sie bei P. vest. im letzten Drittel, während sie bei P. cap. an das Ende der Gonopodenborstenreihe anschließt. F. Harry-Wiesbaden.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten.

Experimentelle Studien über die Ätiologie des Scharlachs, von S. Meyer-Düsseldorf. (Mschr. f. Kinderhlk., 1925, Bd. 29, H. 4/5, S. 524.) Verf. hat die Untersuchungen von Caronia nachgeprüft und kommt zu folgenden Ergebnissen. Bei den verschiedensten Erkrankungen, nicht nur bei Scharlach, ließen sich die fraglichen Erreger (Diplokokken) in den Kulturen nachweisen. Eine Fortzüchtung ergibt immer wieder nur vereinzelte Diplokokken. Eine Anreicherung konnte nie beobachtet werden. Nach Übertragung der Kulturen auf Kaninchen traten zwar in einzelnen Fällen Krankheitserscheinungen auf; sie waren aber nicht spezifisch für Scharlach und ließen sich in gleicher Weise durch Injektion von Masernblut erzielen. Auch hatten die histologischen Bilder das gleiche Aussehen wie nach Injektion von Masernblut. Impfversuche auf Menschen wurden nicht vorgenommen. Die serologischen Reaktionen ließen völlig im Stich. Auch die zahlreich vorgenommenen Intrakutanreaktionen nach Art der Schickschen Reaktion lieferten keine eindeutigen Resultate. R. Ley-Kreuznach.

Zur Ätiologie des Scharlachs, von Th. J. Bürgers-Düsseldorf. (D. m. W., 1925, Nr. 10, S. 388.) Verf. konnte die Befunde Caronias nicht bestätigen. Die von den italienischen Verff. als typisch beschriebenen makroskopischen Veränderungen, und zwar eine von unten nach oben fortschreitende Trübung der Flüssigkeit und ein an der Wand des Glases aufsteigender Wandbelag, wurden wohl bei einer Anzahl der Kulturen von Scharlachfällen beobachtet. Die gleichen Veränderungen zeigten aber auch eine Anzahl Nährböden, die mit Btut von den verschiedensten Kranken und mit Blut von Gesunden beimpft wurden. Die Veränderungen beruhen auf autolytischen Vorgängen der Organstückchen durch proteolytische Fermente und durch Fermente, die aus dem Blute stammen. Die von Cristina und Caronia beschriebenen kokkoiden Körperchen waren nur sehr spärlich vorhanden; sie fanden sich auch in Kontrollen, die mit Blut anderer Kranken beimpft wurden, und in unbeimpften Kontrollen. Diese Körperchen hält Verf. für Zelltrümmer. Aus den Filtrierversuchen des Verf. ging hervor, daß überall dort, wo Autolyse des Organstückchens auftrat, auch Körperchen in den Kulturen und Filtrat zu finden waren. Blieb die Autolyse in den ersten zehn Tagen aus, fehlten auch die Körperchen. Ein Übergang von invisibler in visible Phase findet demnach nicht statt. Die Erzeugung typischer Krankheitsbilder bei jungen Kaninchen gelang in keinem Falle. Eine positive Agglutination und Komplementbindung bei Verwendung von Kulturen und Serum Scharlachkranker konnte nicht beobachtet werden. Die von Rom über-

Digitized by Google

sandte Autovakzine zu prophylaktischen Impfungen enthielt reichlich Kokken aus der Gruppe Micrococcus candidans. Verf. schlägt vor, daß eine internationale Kommission sich an einem neutralen Orte mit weiteren Nachprüfungen befassen soll.

F. Harry-Wiesbaden.

Intradermal Salt Solution Test in Scarlet Fever and Diphtheria Patients (Quaddelprüfung bei Scharlach und Diphtherie nach intrakutaner Kochsalzinjektion), von W. J. Baker-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 20, S. 1566.) Die Beobachtung von Mc Clure und Alderich, daß eine Quaddel nach einer intrakutanen Injektion von 0.2 ccm einer 0,8%igen Kochsalzlösung bei Kindern mit Ödemen schneller verschwindet als bei Normalfällen, veranlaßte den Verf., dieses Phänomen bei Scharlach- und Diphtheriekranken nachzuprüfen. Bei 70 Patienten mit Scharlach und 30 mit Diphtherie wurde folgendes beobachtet. Während normalerweise die Quaddel nach 60—90 Min. verschwunden ist, verliert sie sich bei Scharlachkranken um so schneller, je schwerer die Erkrankung ist. Dabei kann der Urinbefund trotz schnellen Verschwindens der Quaddel völlig normal sein. Bei zwei Fällen konnte auf Grund des schnellen Verschwindens der Quaddel in der Scharlachrekonvaleszenz eine bald folgende Nierenerkrankung vorausgesagt werden. Bei Diphtherieerkrankungen zeigt das Phänomen ungefähr das gleiche Verhalten. Dabei hat Verf. die Beobachtung gemacht, daß Pat. mit einer Nierenschädigung von nephrotischem Einschlage ein außerordentlich schnelles Verschwinden der Quaddel aufweisen, während rein nephritische Störungen das Schwinden weniger oder kaum zu beeinflussen brauchen. R. Ley-Kreuznach.

Dick Test and Immunization Against Scarlet Fever (Dicksche Reaktion und Immunisation gegen Scharlach), von O. B. Nesbit-Gary. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 11, S. 805.) Von 16000 Schulkindern wurde bei 15% unter genauer Kontrolle die Dicksche Reaktion auf Scharlachempfänglichkeit angestellt. Dabei zeigte es sich, daß 40% der Kinder stark scharlachempfänglich, 10% schwach empfänglich und 50% unempfänglich waren. Darauf wurden die empfänglichen Kinder zum Teil gegen Scharlach immunisiert: erste Injektion 300 Einheitsdosen, zweite Injektion 600 und dritte Injektion 1200. Später wurde die Dosierung erhöht auf 500, 1000 und 2000 resp. 4000 Einheitsdosen. Bei der Nachprüfung mittels erneuter Dickscher Reaktion schienen 65% der geimpften Kinder gegen Scharlach immun zu sein. In der Folgezeit zeigte sich auch kein Scharlachfall bei den immunisierten Kindern, während sich bei drei Fällen von Dick-positiven Scharlach entwickelte. Die Immunisierung gegen Scharlach hinterläßt keine Immunität gegen Masern. Eine Erhöhung der Immunisationsdosen ist nicht wünschenswert. R. Ley-Kreuznach.

The Dick Test for Susceptibility to Scarlet Fever (Die Dicksche Reaktion zur Prüfung der Scharlachempfänglichkeit), von C. B. Ker, J. E. Mc Cartney und J. McGarrity. (Lancet, 1925, Bd. 208, Nr. 5292, S. 230.) Nach Angabe von Dick wurde der Rachenschleim von frischen Scharlachfällen auf Blutplatten überimpft und die erhaltenen Kulturen von Streptococcus haemolyticus filtriert und verdünnt. Mit diesem Toxin wurden 900 Individuen intrakutan geimpft. 441 Fälle hatten Scharlach, 442 Fälle litten an anderen Erkrankungen, hauptsächlich Diphtherie und Masern. Bei ersteren fiel die Impfung in 51,5% der Fälle positiv aus, während bei letzteren in 92,6% der Fälle die Reaktion negativ war. Verff. kommen zu dem Resultat, daß die Zuverlässigkeit der Impfungen durch exaktes Prüfen des Toxins wesentlich gesteigert werden müßte. Die Prüfung geschieht am besten an einem sicher reagierenden Individuum, wobei die zu verwendenden Testtoxine miteinander verglichen werden müssen. R. Ley-Kreuznach.

A Method of Recognizing Scarlet Fever Streptococci (Eine Methode zur Erkennung der Scharlachstreptokokken), von G. F. Dick und G. H. Dick-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 11, S. 802.) Da es nicht möglich ist, den Erreger des Scharlachs, einen Streptococcus haemolyticus, von anderen Streptokokken kulturell oder serologisch zu differenzieren, haben Verff. folgende Methode ausgearbeitet. Kulturflüssigkeit: Einfache Bouillon mit Zusatz von 1%igem sterilem, defibriniertem Hammelblut. Hier ist die Toxinbildung am stärksten. Nach 2—4tägiger Bebrütung wird die Bouillon durch Filterpapier und Berkefeld-W-Filter filtriert. Von diesem sterilen Filtrat wird ein Teil mit physiologischer Kochsalzlösung 1 : 500 verdünnt. 1 ccm dieser Verdünnung wird mit 1 ccm Kochsalzlösung gemischt, ein zweiter Kubikzentimeter mit 1 ccm sterilem Scharlachrekonvaleszentenserum. Beide Mischungen werden nach Ablauf einer Stunde einer für Scharlach sicher empfänglichen Person intrakutan injiziert. Zu gleicher Zeit wird bei derselben Person eine Schicksche Reaktion mit der üblichen Standardlösung zur Prüfung der Scharlachempfänglichkeit angestellt. Nach 24 Stunden wird abgelesen. Ist

Digitized by Google

die Reaktion der Toxin-Salzmischung positiv und der Toxin-Serummischung negativ, so wurde mit Sicherheit der Scharlacherreger gezüchtet, da sein Toxin durch das spezifische Antitoxin des Serums neutralisiert wurde. Eine Schwierigkeit der an sich einfachen Methode ergibt sich daraus, daß die Toxinproduktion der Scharlacherreger verschieden ausfallen kann. Man muß dann je nach der Stärke der Impfreaktion im Vergleich zur Kontrollprobe die Toxinmenge stärker oder schwächer verdünnen und von neuem injizieren. R. Ley-Kreuznach.

Therapeutic Results with Concentrated Scarlet Fever Antitoxin (Therapeutische Erfolge mit konzentriertem Scharlachantitoxin), von G. F. und G. H. Dick-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 11, S. 803.) Eingehende Beschreibung der Immunisierungsmethode von Pferden zur Gewinnung von hochkonzentriertem, antitoxinhaltigem Scharlachserum. Als Basis zur Auswertung des Antitoxingehaltes wurde diejenige Menge Pferdeserum gewählt, die imstande war, 1000 Einheitsdosen der Dickschen Hautreaktion zu neutralisieren. Diese Menge Toxin ist nämlich imstande, ohne vorherige Immunisation, bei scharlachempfänglichen Individuen eine charakteristische, wenn auch leichte Scharlacherkrankung hervorzurufen. Als therapeutische Dosis bei Anwendung des antitoxinhaltigen Serums wurde die 20fache Menge der oben genannten Toxinquantität festgesetzt. Es entspricht also die therapeutische Antitoxindosis 20000 Einheitsdosen der Dickschen Hautreaktion. Entsprechend dem stärkeren oder schwächeren Auftreten der Scharlacherkrankungen zu verschiedenen Zeiten und in verschiedenen Ländern müßte natürlich die therapeutische Dosis dementsprechend geändert werden. Bei 29 Fällen wurde nun das Scharlachantitoxin mit großem Erfolge angewendet. Der Kontrast gegenüber anderen Fällen, die zu gleicher Zeit ohne Antitoxinbehandlung beobachtet wurden, ist besonders sprechend. Dabei wurden nur Fälle zur Behandlung herangezogen, die einen klinisch schwer kranken Eindruck machten. Je früher das Serum gespritzt wird, desto glänzender der Erfolg. Anwendung nur intramuskulär. Verff. kommen zu dem Schlußurteil, daß die Behandlung mit Scharlachantitoxin den Ausschlag schnell abblassen läßt, das Fieber mindert und den Allgemeinzustand der Kranken hervorragend hebt. Wenn die Behandlung frühzeitig einsetzt, sind Komplikationen kaum zu befürchten.
R. Ley-Kreuznach.

Revue critique des recherches les plus récentes sur l'étiologie et la pathogénie de la scarlatine (Kritische Übersicht der neuesten Untersuchungen über die Ätiologie und Pathogenese der Scarlatina), von R. Pollitzer. (Presse méd., 1924, Nr. 104. S. 1024.) Die ersten Beobachtungen Löfflers über das Vorkommen von Streptokokken bei Scharlach haben eine umfangreiche Literatur im Gefolge gehabt (P. führt hier schon 71 Publikationen an), und namentlich G. F. Dick und G. H. Dick in Amerika haben neuerdings eingehende Untersuchungen angestellt, um den Nachweis einer spezifischen ätiologischen Wirksamkeit bestimmter Kokken zu erbringen. In ausführlicher Darlegung des ganzen zu Gebote stehenden literarischen Materials kommt P. zu dem Resultate, daß alle Streptokokken nur akzessorische Faktoren darstellten, und daß der von Di Cristina 1921 beschriebene und seitdem namentlich von Caronia und Sindoni bestätigte Mikroorganismus der tatsächliche Scharlacherreger ist, indem derselbe den drei Kochschen Postulaten entspricht, was bei den Mitteilungen der amerikanischen Autoren nicht zutrifft. Immerhin haben die Dickschen Beobachtungen sowie diejenigen der zahlreichen anderen Forscher manches Licht auf die Bedeutung der Streptokokken beim Scharlach geworfen. Nach den von mehreren anderen Autoren bestätigten Angaben Di Cristinas aber besteht der Scharlachkeim aus einem sehr kleinen (0.2—0.4 μ) rundlichen bis ovoiden Kokkus, der einzeln oder zu zweit liegt, streng anaërob sehr langsam wächst und jedenfalls auch eine ultramikroskopische Phase durchmacht.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

L'éosinophilie au cours de la scarlatine (Die Eosinophilie beim Scharlach), von V. Markovitch und M. Gueratovitch-Belgrad. (Presse méd., 1925, Nr. 13, S. 205.) Auf Grund exakter Beobachtungen stellen Verff. folgende Thesen auf. Bei unkomplizierten Fällen von Scharlach mit günstiger Prognose sieht man im exanthematischen Stadium eine Steigerung der eosinophilen Zellen im Blutbilde auf 12% und sogar bis auf 19% mit Remissionen, die aber nicht unter 10% herabgehen. In der Rekonvaleszenz senkt sich die Ziffer, bleibt aber bis in die dritte Woche und wohl auch länger gegenüber dem Normalsatz von 1% noch erhöht und beträgt zwischen 3 und 7%. Ein klinisch als Scharlach imponierendes Exanthem kann bestimmt für nicht skarlatinös erklärt werden, wenn bei geringem Fieber und wenig gestörtem Allgemeinbefinden keine Vermehrung der Eosinophilen besteht. Nachträglich kann man die Diagnose Scharlach stellen,

Digitized by Google

wenn bei typischer Abschuppung Eosinophilie besteht und ebenfalls in manchen Fällen von Scarlatina sine exanthemate. Bei den septischen Scharlachfällen findet man niedrige Prozentsätze (1—3%) der Eosinophilie, und ein Rückgang der Zahl ist oft der Vorläufer eitriger Komplikationen (Otitis media). Bei zwei hyperseptischen Fällen fanden Verff. kurz vor dem tödlichen Ausgang völliges Fehlen der Eosinophilen.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Scharlachepidemie 1923—1924 in Brünn und die Erfolge mit Scharlachrekonvaleszentenserum, von J. Langer, Interne Abt. Kindersp. Brünn. (M. m. W., 1925, Nr. 2, S. 47.) Material: Nur schwere Fälle. Das Serum stammt von Rekonvaleszenten der 4.—6. Woche. 24stündige Aufbewahrung. Dekantieren. Wenn möglich Mischen der Sera von drei Spendern, Zusatz von 10%iger Karbolsäure. Sterile Aufbewahrung. Intraglutäale Einspritzung von durchschnittlich 40—50 ccm. Schwankungen nach Alter des Kranken und Schwere des Falles. Besonders günstig war der Einfluß auf Temperatur und Allgemeinbefinden. Das weiße Blutbild näherte sich rasch normalen Werten; die typische Scharlacheosinophilie trat früher auf. Die Komplikationen nahmen im Anfang einen leichten Verlauf. Spätere septische Komplikationen, die auf andere Behandlungsarten nicht zurückgingen, sprachen auf Scharlachserum gut an. Chok wurde nicht beobachtet. Bei toxischen Scharlacherkrankungen wirkt das Serum fast sicher kupierend; bei Scharlachsepsis scheint es günstig zu wirken. Verf. nimmt eine spezifische Wirkung des Serums an. A. v. Notthafft-München.

Bemerkungen zur Ätiologie der Masern und verwandter Infektionskrankheiten, von A. Menzer-Bochum. (M. Kl., 1925, Nr. 12, S. 438—439; Nr. 13, S. 472 bis 474.) Bei vielen Infektionskrankheiten, besonders auch Masern, läßt sich der rein contagionistische Standpunkt nicht aufrecht erhalten; das lehren die fließenden Übergänge und die Beobachtungen an Kindern, die unmittelbar nacheinander von Masern, Keuchhusten, Scharlach befallen werden. Bei der Mehrzahl der Infektionskrankheiten bestimmt die Konstitution die Art der Reaktion gegenüber dem Infektionserreger und das entstehende Krankheitsbild. Es handelt sich nicht um spezifische Krankheitserreger, sondern um ubiquitäre Keime der oberen Luftwege. Dafür spricht auch, daß Kinder sicher Infektionserreger mit sich herumtragen, ohne zunächst selbst zu erkranken.

E. Levin-Berlin.

Zur Ätiologie der Masern. II. Mitteilung, von Donges-Rostock. (Zbl. f. Bakt., 1925, Bd. 94, H. 2, S. 115.) Verf. teilt die Protokolle seiner Untersuchungen über Masern aus dem Jahre 1923 mit. Seine Untersuchungen erstrecken sich auf 21 Masernfälle, bei denen er teils aus dem Blute, teils aus Schüppchen Diplokokken züchtete, die mikroskopisch die Form des Streptococcus longissimus und conglomeratus aufwiesen. Die Blutentnahme erfolgte am Tage des Ausbruchs des Exanthems oder 1—2 Tage nach dem Ausbruch. 1—2 Tropfen in Grugelscher Muzinbouillon aufgefangen, genügten zur Gewinnung von Kulturen. Verf. hält die oben genannten Streptokokken für die Erreger der Masern. Demgemäß hat sich bei der Therapie die gleichzeitige Verwendung von Vakzine und Rekonvaleszentenserum als vorteilhaft erwiesen. F. Harry-Wiesbaden.

Masern und Tuberkulose. Ihre Immunitätsverhältnisse im Lichte der Erytrozytensedimentierung, von R. Wachter-Scheidegg. (Zschr. f. Tbc., 1924, Bd. 40, H. 5, S. 353.) Anläßlich einer Masernepidemie in der mit 200 Kindern aller Formen der Tuberkulose belegten Heilstätte wurde der Ablauf der Masern mit der Senkungsgeschwindigkeit zahlenmäßig verfolgt. Verf. kommt an Hand von 15 dargelegten Fällen zu der Ansicht, daß die Senkungsgeschwindigkeit tatsächlich Aufschlüsse über den Immunitätszustand des Kindes nach Masern gibt. Da wir weder über die Tuberkuloseimmunität noch über die Sedimentierungsreaktion vollste Klarheit besitzen, so kann uns auch die Relation zwischen beiden höchstens einen prognostischen Hinweis geben, ohne uns über das Zustandekommen der wechselnden Immunitätsverhältnisse tieferen Einblick zu gewähren. R. Ley-Kreuznach.

Schick Tests and Toxin-Antitoxin-Immunization (Die Schicksche Reaktion und die Toxin-Antitoxinimmunisierung), von T. T. Crooks-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 3, S. 196.) Erfahrungen des Verf. an einem Materiale von 808 jugendlichen Erwachsenen, meist Schwestern und Medizinstudierenden. Von diesen waren 563 (69,6%) Schick-positiv, aber diphtherieempfänglich, und 245 (30,3%) negativ. Zwischen Männern und Frauen war kein erheblicher Unterschied; hingegen erscheint die Infektionsgefahr bei der städtischen Bevölkerung geringer als bei der auf dem Lande lebenden zu sein. Die in dieser Richtung von Crooks angestellten Nachforschungen ergaben nämlich, daß bei seinem Material sich unter den vorwiegend auf dem Lande aufgewach-

Digitized by Google

senen Personen ein Prozentsatz von 79,9 positiver Reaktionen feststellen läßt, im Gegensatz zu 50,7% Schick-positiver Städter. Die angewandte Technik war die, daß $^1/_{50}$ Dosis letalis minimalis in physiologischer Kochsalzlösung so gelöst wurde, daß sie in 1 ccm Injektionsflüssigkeit enthalten war, die dann intrakutan verabreicht wurde. Von den Schick-positiven Fällen kamen 252 zur Toxin-Antitoxinimmunisierung, und von diesen konnten 156 einer neuerlichen Prüfung durch die Schicksche Reaktion unterworfen werden; 144 waren Schick-negativ geworden, und nur bei 12 fiel auch die zweite Probe positiv aus, wobei ein Zeitintervall von 1—3 Monaten gewählt wurde. Als praktisches Ergebnis der Verwendung der Schickschen Reaktion in Verbindung mit einer Toxin-Antitoxinimmunisierung bringt Verf. die interessante Tatsache, daß es im Durand-Hospital auf diese Weise gelungen ist, die Anzahl der Diphtherieansteckungen des Pflegepersonals von 13% auf 0,53% herabzumindern. F. M. Peter-Hamburg.

Betrachtungen über die Immunität bei einigen Erkrankungen mit ultravisiblem Erreger, von F. Breinl, Hyg. Inst. Dt. Univ. Prag. (D. m. W., 1925. Nr. 7. S. 264.) Das Phänomen der sog. symptomlosen (inapparenten) Infektion ist nicht nur auf das Fleckfieber beschränkt, sondern kommt bei einer ganzen Reihe von Krankheiten vor, die durch intravisible Erreger verursacht sind, z. B. bei dem amerikanischen „spotted fever", bei Rinder- und Schweinepest, bei der südafrikanischen Pferdesterbe (Horse Sickness), bei der japanischen Tsutsugamushikrankheit (Kedani), ferner bei Masern und wahrscheinlich auch bei Scharlach. Die Infektion erfolgt durch gleichzeitige Einverleibung von Virus und Schutzserum in geeignetem Mengenverhältnis. Die Natur der Immunstoffe, die die Krankheitssymptome abschwächen oder sogar gänzlich verhindern, konnte bis jetzt noch nicht identifiziert werden. F. Harry-Wiesbaden.

Moderne Gesichtspunkte bei der Behandlung der akuten Infektionskrankheiten im Kindesalter, von S. Meyer-Düsseldorf. (Zschr. f. ärztl. Fortb., 1925, Nr. 3. S. 65.) Im allgemeinen gilt grundsätzlich folgendes. Das Fieber, als natürliche Abwehr des Körpers, wird nur bei langdauernden, hohen Temperaturen und dadurch bedingten subjektiven Beschwerden bekämpft. In erster Linie stehen hydrotherapeutische Maßnahmen, ein kühles Bad, kühle Packungen, Halbpackungen und kühle Teilwaschungen. Diese Maßnahmen sind kontraindiziert bei spasmophilen Kindern, Kindern mit chronischem Ekzem und vasolabilen Neuropathen. Für diese sind die chemischen Antipyretika angezeigt. Hinsichtlich der Ernährung ist auf eine ausreichende Nahrungszufuhr besonderer Wert zu legen, dabei reichliche Flüssigkeitsaufnahme, die nicht einseitig durch Milch bestritten werden soll. Die Nahrung am besten kalorisch ausreichend in relativ kleinem Volumen, d. h. in Form konzentrierter Nährgemische. Nährpräparate sind vollständig überflüssig. Alkohol direkt verwerflich. Ebensowenig kann mit Medikamenten die Appetitlosigkeit bekämpft werden. Der Freiluftbehandlung wird bei allen Infektionskrankheiten warm das Wort geredet. Vor allem für alle Erkrankungen der Luftwege. Die Rachenorgane seien stets lokal ein Noli me tangere. Bei Otitis media der Säuglinge ist die Parazentese so gut wie nie notwendig; bei älteren Kindern ebenfalls unter Wärmeapplikation ruhig abwarten. Wiederholtes Austupfen des Gehörganges und Spülungen wirken schädlich. Bei Diphtherie ist die Dosis des Heilserums nicht zu gering zu bemessen: 100 IE bis 500 IE pro kg. Bei Kehlkopfstenose frische Luft und Narkophin (1%), mit Chloralhydrat oder Adalin kombiniert. Bei Scharlach: Verordnung einer abwechslungsreichen gemischten Kost, keine Diät von der Sorge um die Nieren diktiert. Die Masernkranken werden in hellen, luftigen Räumen verpflegt. Bei Masernpneumonie Aderlaß. R. Ley-Kreuznach.

Variolaartiges Initialexanthem bei Typhus abdominalis, von Ch. Gottschalk. Inn. Abt. Städt. Krkanst. Königsberg. (M. m. W., 1925, Nr. 1, S. 17.) Befallen war nur die Bauchgegend. v. Notthafft-München.

Über die „Rattenbißkrankheit", von Weiss. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg. 1925, Bd. 29, H. 5, S. 244.) Bericht über 2 Fälle von in Deutsch-Ostafrika beobachteter „Rattenbißkrankheit". Nach einer Inkubationszeit von 12 Stunden entwickelt sich an der Bißstelle als Primäraffekt eine Pustel, deren Umgebung sich allmählich rötet und anschwillt mit Beteiligung der zugehörigen Lymphdrüsen. Fieber und unerträgliche Schmerzen charakterisieren das Krankheitsbild. Rückkehr zur Norm innerhalb 6 Tagen. Nach 8 Tagen Rezidiv in der Umgebung der Bißstelle unter Bildung eines urtikariellen Exanthems. Periodische Wiederholung der Anfälle mit Ausbreitung des Exanthems über den größten Teil des Körpers. Kupierung der Anfälle und schließlich definitive Heilung durch Salvarsan (Altsalvarsan 0,3). Die Tatsache der sofortigen Wirksamkeit von Sal-

Digitized by Google

varsan sowie die Ähnlichkeit des Krankheitsverlaufes mit der Febris recurrens machen die Annahme einer Spirochäteninfektion wahrscheinlich, obwohl in den beobachteten Fällen die darauf gerichteten Untersuchungen negativ ausfielen.

Lilienstein-Hamburg.

Erfahrungen mit der biologischen Pockendiagnose (Paulscher Versuch), von W. Loewenthal-Bern. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1924, Bd. 103, H. 4, S. 822.) Die in der Schweiz beobachteten Pockenepidemien weichen vom gewohnten Bild erheblich ab, so daß oft diagnostische Schwierigkeiten entstehen. Untersuchung über die Brauchbarkeit der biologischen Pockendiagnose nach Paul. Die makroskopischen Veränderungen an der Kornea bei geimpften Kaninchen (Epitheliose) traten oft erst nach 60—72 Stunden auf, so daß empfohlen wird, die Tiere grundsätzlich 72 Stunden am Leben zu lassen. L. betont ebenfalls die Notwendigkeit der mikroskopischen Untersuchung der geimpften Kaninchenkornea. Dabei griff er wieder auf das alte Verfahren von Jürgens zurück und gründete die mikroskopische Diagnose auf Nachweis von Guarnierischen Körperchen. Anwendung der Unnaschen Hämatoxylin-Safranin-Tannin-Methode. 23% Versager ergaben sich bei den Tierversuchen; die Zahl der Versager ist anscheinend höher als bei der Kutanmethode von Tièche. Fehldiagnosen in 1% der Fälle.

A. Holländer-Hamburg.

Variola, Varizella und Kuhpocken, von R. Jacksch-Wartenhorst-Prag. (M. Kl., 1925, Nr. 14, S. 497.) Die gelegentlich der in der Schweiz herrschenden Epidemie von Sahli (ref. diese Wschr., 1925, Bd. 80, S. 690) ausgesprochene Ansicht, daß es sich bei Variola, Vakzine und Varizellen um fixe Modifikationen eines Virus fixum handele, wird scharf zurückgewiesen, weil davon eine Diskreditierung der Kuhpockenimpfung befürchtet wird. Vielmehr haben Variola und Varizellen, abgesehen von gewissen ähnlichen Erscheinungsformen auf der Haut, bei denen bisweilen die Differentialdiagnose erschwert sein kann, nichts miteinander gemein, sie werden durch ganz differente Krankheitserreger bedingt. Die Impfung gibt bei ungeimpften Kindern oder seit mehr als 5 bis 9 Jahren nicht geimpften Erwachsenen bei Varizellen untrüglich positive, bei Variola und Variolois negative Resultate. Wahrscheinlich handelt es sich bei den Fällen von Sahli gar nicht um Varizellen, sondern um die als Alastrim bezeichnete leichteste Form pandemischer Erkrankung an Variola, die besonders in Süd- und Mittelamerika, Südafrika, Australien vorkommt, in Europa sonst noch nicht beobachtet ist. Die Erkrankungen in der Schweiz erklären sich aus dem ungenügenden Impfzustand der Bevölkerung. Bei strenger Durchführung von Vakzination und Revakzination kommen Blattern, Variolois und Alastrim nicht vor.

E. Levin-Berlin.

Varizellen bei Erwachsenen-Pocken?, von E. Meder-Köln-Nord. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1924, Bd. 103, H. 2, S. 275.) Varizellen kommen auch bei Erwachsenen häufiger vor, als allgemein angenommen wird. Meder bespricht differentialdiagnostische Merkmale gegenüber der Variola. Der Varizellenausschlag sitzt hauptsächlich am Rumpf; das Gesicht ist verhältnismäßig seltener befallen. Im Gesicht treten Varizellen auch meist später als am übrigen Körper auf. Das Befallensein der Achselhöhlen spricht geradezu für Varizellen. Das Blutbild ist bei Varizellen normal. Das histologische Bild der Varizellenpustel ist differentialdiagnostisch wichtig. In den Basalzellen findet man lebhafte Kernteilung und Bildung von Riesenzellen mit 6 und mehr Kernen (nach Untersuchungen von E. Paschen). Bei Varizellen bleibt etwa bestehendes höheres Fieber auch nach Ausbruch des Ausschlags. Die Hornhautimpfung nach Paul und der Nachweis der Paschenschen Körperchen sind für die Diagnose der Variola wertvoll.

A. Holländer-Hamburg.

Recurrent Chicken-Pox (Wiederholte Attacken von Varizellen, von W. Stobie-Oxford. (Brit. m. J., 1925, Nr. 3345, S. 265.) Von einer Familie von 3 Kindern hat das älteste Kind (Mädchen von jetzt 9 Jahren) jedenfalls zweimal, höchstwahrscheinlich sogar dreimal Varizellen durchgemacht, das zweite Kind nachweislich zweimal diese Krankheit und das dritte einmal einen typischen und einmal, wie es scheint, einen abortiven Anfall gehabt.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Varizellen der Bindehaut, von Yan Chow, Dt. Univ. Augenkl. Prag. (Kl. Mbl. f. Augenhlkd., März-April 1925, Bd. 74, S. 484.) Ergänzung der bisher erst vier Publikationen umfassenden Kasuistik um zwei eigene Beobachtungen von Varizellen der Bindehaut. Beide mal absolut gutartiger narbenloser Verlauf, der für Varizellen der Haut und Bindehaut ja typisch ist, während die Variola auf der Haut stets Narben setzt, hingegen merkwürdigerweise auf der Bindehaut bei Variola bisher keine Narbenbildung beobachtet wurde. Die geringere Differenzierung des Bindehautepithels und die

Digitized by Google

im Vergleich zur Haut nur rudimentäre Entwicklung des Papillarkörpers der Bindehaut sollen nach Verf. die Unterschiede zwischen Varizellen- und Variolabläschen verwischen.
H. Lippert-Köln.

Deviation du complément dans la variole et l'alastrim. Relation entre les deux maladies (Komplementablenkung bei Variola und Alastrim. Verwandtschaft bei der Krankheiten), von A. Netter und A. Urbain. (Compt. rend. Soc. Biol., 1925, Bd. 92, Nr. 12, S. 952.) Komplementablenkung bei Variola und Alastrim. Alastrim ist eine pockenähnliche Erkrankung der exotischen Gebiete, die Verff. auch bei Indern in Arles beobachteten. Vergleiche der Serumreaktion bei Pocken und dieser Alastriminfektion, die in den letzten 4 Jahren in der Schweiz und in England vermehrte Verbreitung gefunden haben soll, führen zu dem Schluß, daß es sich um ein und dieselbe Ätiologie handeln müsse. Alastrim ist danach nur eine durch Veränderung des Vakzinevirus gemilderte Pockenerkrankung.
H. Lippert-Köln.

Alastrim und Variola, von H. A. Gins-Berlin. (Kl. W., 1925, Nr. 10, S. 434.) Alastrim, eine Erkrankung, die man bisher nur als spezifisch für die farbigen Rassen gehalten hat, scheint durch das Übergreifen und Auftreten unter der weißen Bevölkerung (Azoren, vielleicht auch Schweiz und England) pandemisch zu werden. Es bestehen anscheinend recht enge Beziehungen zur Variola und Vakzine, doch sind die experimentellen und Immunitätsforschungen noch keineswegs als abgeschlossen anzusehen. Jedenfalls werden geimpfte Personen von Alastrim nicht befallen, und andererseits sind Alastrimerkrankte eine Zeitlang immun gegen Vakzine; doch ergibt sich schon jetzt, daß der Impfschutz eine längere Immunität gegen Alastrim verleiht, als umgekehrt Alastrim gegen Vakzine. Über die Allergieverhältnisse bei Alastrim kann abschließend überhaupt noch nicht geurteilt werden. Klinisch fällt auf, daß Alastrim in erster Linie Erwachsene befällt, während an Variola in Ländern ohne Impfzwang besonders Kinder erkranken. Werden von Alastrim Kinder befallen, so ist der Verlauf meistens sehr leicht. Fast nie beobachtet man Todesfälle, außer bei Graviden, bei denen die Erkrankung auch außerdem meist zur Fehlgeburt führt. Das Krankheitsbild zeigt im großen und ganzen ein überstürztes Variolabild mit einem verkürzten Verlauf. Die Verteilung des Exanthems gleicht der Variola; es ist meist einkammerig und nur selten genabelt, ähnlich der Windpocke. Die Pustelentwicklung ist meist in 2 Tagen beendet, nach einer Woche ist fast immer die Erkrankung abgelaufen. Narbenbildung kann auftreten, fehlt aber in den meisten Fällen. Im allgemeinen bleibt das Befinden des Pat. trotz der Ausdehnung des Exanthems ein gutes, und es fehlen schwere Allgemeinstörungen. Doch hat es den Anschein, als ob die Erkrankung im Verlaufe der Epidemie an Schwere zunimmt; auch die Letalität scheint im Steigen begriffen zu sein.
E. Langer-Berlin.

Para-Smallpox (Synonyms Alastrim, Amaas), an Acute Specific Infectious Disease Distinct from Small-Pox (Para-Pocken eine akute spezifische Infektionskrankheit, wohl zu unterscheiden von echten Pocken) [Synonyme: Alastrim, Amaas]. von R. P. Garrow-Chesterfield. (Lancet, 1925, Bd. 208, Nr. 5292, S. 225.) Verf. hat 500 Fälle dieser bei uns unbekannten Krankheit in der Zeit zwischen Oktober 1923 und Juli 1924 in einzelnen Distrikten Englands beobachtet und gibt hierüber einen klinisch zusammenfassenden Bericht. Der Verlauf der Erkrankung ist am besten gekennzeichnet durch die Schilderung eines Patienten: Nach einer Influenza bläschenartiger Ausschlag. Beginn mit allgemeinen Gliederschmerzen, Niedergeschlagenheit und Bauchschmerzen; im ganzen das Bild einer akuten Influenza. Die anfänglich hohe Temperatur klingt schnell ab. Der Patient erholt sich außerordentlich rasch und vollständig. Am 3.—8. Tage nach Beginn der Erkrankung, sehr häufig bei vollkommenem Wohlbefinden, tritt plötzlich ein bläschenförmiger Ausschlag auf. In der Verteilung gleicht die Eruption völlig den echten Pocken. Der Ausschlag ist jedoch bei weitem oberflächlicher als bei echten Pocken, und der Entwicklungsablauf der Einzeleffloreszenz durch die verschiedenen Stadien bis zur krustösen Pustel ist schneller. Im Endstadium gleicht die Eruption Bernsteintröpfchen, die in einzelnen Fällen durch Trübung des Serums durch Blut oder Eiter eine dunklere Färbung annehmen können. Dieses Bernsteintröpfchenphänomen im Verlaufe der zweiten Woche ist für die Erkrankung so charakteristisch, daß es allein zur Diagnose führen kann. Die Bläscheneruption hinterläßt noch einige Monate eine geringe Pigmentation der Haut und nur in seltenen Fällen an der Nase, Wangen und Stirn leicht eingedellte, oberflächliche Narben. Bei sehr starker Eruption wurde einige Male, besonders wenn die Pusteln tiefgehender waren, leichtes Eiterfieber beobachtet. Komplikationen sind nur von seiten der Augen zu befürchten. Neben einer rasch abheilenden Blepharitis und Konjunktivitis wurde bei drei Fällen die Erkrankung durch

Digitized by Google

ein Ulcus corneae kompliziert, und bei zwei Fällen (junge Kinder) kam es zu einer Keratitis profunda. Die Mortalität an den Parapocken ist gleich Null. Interessanterweise schützt die gewöhnliche Pockenimpfung vor der Erkrankung. Diese Beobachtung sowie das gehäufte Auftreten der Parapocken mit echten Pocken führte eine Reihe der Autoren zu der Annahme, daß beide Erkrankungen identisch seien. In eingehender Weise legt der Verf. klar, daß die Parapocken eine Erkrankung sui generis seien und nicht eine milde Form der echten Pocken. Dies geht auch aus den Beobachtungen in Südafrika hervor, wo die Erkrankung als „Amaas" bezeichnet wird. R. Ley-Kreuznach.

Geflügel- und Säugetierpocken, von W. Loewenthal-Bern. (Kl. W., 1925, Nr. 6, S. 264.) Verf. hat zur Klärung des Problems der Zusammengehörigkeit der Geflügel- und der Säugetierpocken eine Reihe von Versuchen angestellt, bei denen sich folgendes ergeben hat. Die Vakzine gibt bei der Taube ganz geringen, am Kamm des Hahnes etwas größeren Impferfolg, bleibt aber histologisch Papel oder typische Vakzinepustel. Geflügelpockenbildung kommt dabei nicht zustande; es fehlen auch die Geflügelpockenkörperchen, desgleichen aber auch die Guarnierischen Körperchen. Rückübertragung auf Kaninchenkornea ergibt typische Vakzineveränderungen. Taubenpocke macht auf der Taube intensivere Erscheinungen als am Hahnenkamm, dagegen nur Reizerscheinungen auf der Kaninchenhaut. Kornealimpfung des Kaninchens ruft Keratitis, aber nicht die charakteristischen Vakzine- resp. Variolaveränderungen hervor. Die Immunität ist streng spezifisch, und die untersuchten Vira zeigen sich auch immunbiologisch als vollständig artverschieden. Allerdings läßt sich das Taubenpockenvirus dem Kaninchen anpassen; es läßt sich durch fortgesetzte Passagen „lapinisieren". Es wirkt schließlich das Kaninchenserum von Tieren, die eine Infektion mit lapinisierter Taubenpocke hinter sich haben, im Mischungsversuch virulizid gegen originäre Taubenpocke. E. Langer-Berlin.

Neuere Gesichtspunkte zur Epidemiologie der Pocken, von H. A. Gins, Inst. Robert Koch. (Zschr. f. Hyg. u. Infektionskrkb., 1924, Bd. 103, H. 2, S. 281.) Schleimhautaffektionen der oberen Luftwege bei Variola und Variolois sind in erster Linie die Stellen, von denen aus das Pockenvirus in die Umgebungsluft des Kranken gelangt. Nach Untersuchungen von Flügge und seinen Schülern geschieht dies in Gestalt kleinster Tröpfchen. Die Verbreitung der Pocken erfolgt wahrscheinlich am häufigsten durch Tröpfcheninfektion und ist in epidemiologischer Hinsicht sehr wichtig. Die Absonderung der Pockenkranken vermag die allgemein durchgeführte aktive Immunisierung nicht zu ersetzen. Das Virus jeder Seuche schwächt sich durch zahlreiche Passagen immer oder meistens ab. Dadurch ist das spontane Erlöschen der Seuchen meist zu erklären. Die Abnahme des Impfschutzes kann die Regeneration des Variolavirus beschleunigen. Ebenso kann Variola, die jahrelang in milder Form verlief, plötzlich wieder zu schwereren Krankheitsausbrüchen führen. A. Holländer-Hamburg.

Über die Vakzineimmunität, von W. Kuhle, Univ.-Kinderkl. Greifswald. (M. m. W., 1924, Nr. 50, S. 1749.) Durch Nachimpfungen wurde festgestellt, daß vom vierten Tage nach der Erstimpfung an die Impfpusteln nur mehr kümmerlich angingen und die Allgemeinerscheinungen schwächer waren, vom achten Tage aber jede Reaktion fehlte. Die Immunität bildet sich also vom vierten Tage an aus und ist am achten Tage entwickelt. A. v. Notthafft-München.

Das weiße Blutbild im Anschluß an die Schutzpockenimpfung, von W. H. Hoffmann-Habana. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1925, Bd. 29, H. 2, S. 67—68.) Bestätigung der Beobachtungen von Shintake: Auftreten von Leukozytose mit relativer Lymphozytose, Linksverschiebung und Eosinophilie nach Schutzimpfung, beobachtet während der Pockenepidemie 1920—1922 in Habana. Das Blutbild zeigt interessante Ähnlichkeit mit dem Blutbilde bei den Pocken selber. H. Lippert-Köln.

Gewebskulturen als Methode zum Studium des Vakzinevirus, von I. W. Hach, Bakt. Inst. Kiew. (Zbl. f. Bakt., 1925, Bd. 94, H. 5, S. 270.) Nach Einimpfung von begleitbakterienfreiem Passagevakzinevirus in die Hoden von Kaninchen enthielt die Milz auf der Höhe der Erkrankung bedeutende Mengen des Virus. Wurden 5—10 Tage alte Explantate aus virulenter Milz und virulentem Hoden auf gesunde Kaninchen übertragen, so entstand auf der Haut eine konfluierende hämorrhagische Eruption oder auf der Hornhaut eine spezifische Keratitis, bei der Guarnierische Körperchen nachgewiesen werden konnten. Die Virulenz der Explantate war im Vergleich zur Virulenz frischer Organe nicht abgeschwächt. Die obengenannten Erscheinungen konnten bereits mit 0.001 g Explantat erzeugt werden. Auf Grund dieser Versuche ist Verf. der Ansicht, daß die Gewebskulturmethode zum Studium der verschiedensten Variolavakzineprobleme mit Erfolg angewendet werden kann. H. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Lepra.

La prophylaxie et le traitement de la lèpre chez les races primitives de l'Afrique Equatoriale (Prophylaxe und Behandlung der Lepra bei den Eingeborenen in Äquatorialafrika), von M. Robineau. (Presse méd., 1925, Nr. 15, S. 243.) In den französischen Kolonien (abgesehen von Marokko, Mauritanien, Togo und einigen anderen Gebieten, aus denen zuverlässige Zählungen nicht zu Gebote stehen) gibt es etwa 5200 Leprakranke. Für das Gebiet von Kamerun hat man nunmehr damit begonnen, zur Bekämpfung der Seuche Lepradörfer zu gründen, in denen die Kranken sich freiwillig ansiedeln und ohne Zwang oder mechanische Absperrungsmaßregeln möglichst vor Berührung mit der übrigen Welt bewahrt werden. Als Vorteile werden geboten: genaue ärztliche Untersuchung namentlich unter Berücksichtigung des Bazillenbefundes, wobei Verf. auch besonders die Notwendigkeit betont, etwaige Lymphdrüsenschwellungen auf Bazillen zu untersuchen, und gründliche ärztliche Behandlung, unentgeltliche Verabreichung von Nahrungsmitteln während des ersten Halbjahres bzw. bis zur nächsten Erntezeit und ebensolche Lieferung von Saaten und Ackergeräten, Anweisung von Ackerland und auch Kleinvieh in hinreichendem Umfang, Vorhandensein eines Gemeindeversammlungshauses, eines Krankenhauses, einer Kleinkinderbewahranstalt, einer Schule und evtl. einer Kirche. Erfolgreich behandelte Eingeborene werden (immer zu zweit) in die verschiedenen Ortschaften ausgesandt, um für den Eintritt von Kranken beiderlei Geschlechts in das Isolierungsdorf zu werben. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Contact Cases of Leprosy in the British Isles (Über Fälle von Lepraübertragung in Großbritannien), von J. M. H. Mc Leod-London. (Brit. m. J., 1925, Nr. 3342, S. 107.) Bericht über drei Fälle, bei denen die Übertragung der Leprainfektion nachweislich im Bereiche der britischen Inseln stattgefunden hat. 1. Ein 12jähr. Knabe wurde in Irland durch seinen dorthin aus Rußland eingewanderten leprakranken Vater infiziert. 2. Ein 15jähr. Knabe, nie außerhalb Englands gewesen, akquirierte die Krankheit von seinem aus Britisch-Guinea leprakrank heimgekehrten älteren Bruder und ging daran zugrunde. 3. Eine geborene Belgierin, in England verheiratet und stets dort ansässig, wurde durch ihren leprakranken, an Lepra nunmehr verstorbenen Ehemann angesteckt. Ein analoger Fall ist kürzlich in der Dermatological Section vorgestellt worden. Verf. empfiehlt Isolierung der Patienten als das wirksamste Mittel zur Ausrottung des Leidens, wofür er als Beweis die Erfahrungen auf den Shetland-Inseln anführt.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Sur l'histoire de l'éparsénothérapie antilépreuse (Zur Geschichte der Eparsenotherapie der Lepra), von G. Delamare. (Le Progr. méd., 1925, Nr. 15, S. 535—538.) Überblick über den Gang der Erfahrungen über die Eparsenobehandlung der Lepra mit besonderer Berücksichtigung der Verhandlungen der III. internationalen Leprakonferenz in Straßburg (Juli 1923). Das Endergebnis wird dahin zusammengefaßt, daß Eparsenol die Leprabazillen nicht zu zerstören vermag. E. Levin-Berlin.

Sur les propriétés acquises par le sérum des lapins inoculés avec un produit lépreux (Über Eigenschaften des Serums von mit leprösem Material geimpften Kaninchen), von A. Banciu. (Compt. rend. Soc. Biol., 1925, Bd. 92, Nr. 7, S. 531.) Zwei Kaninchen erhielten in siebentägigem Abstande zwei intravenöse Injektionen von 1 und 2 ccm von aus Lepromen gewonnenem Extrakte. Das Serum dieser Tiere zeigte bei Anwesenheit von leprösem Antigen Komplementbindung, bei luetischem Leberextrakt nicht.
A. Holländer-Hamburg.

Untersuchungen über Lepra, von B. Galli-Valerio, Lausanne. (Virch. Arch., 1925, Bd. 254, H. 3, S. 765.) Versuche des Verf. an zwei Ratten und Versuche seines Schülers Shin Maie an Goldfischen zeigten, daß ins Gehirn eingespritzte Leprabazillen sich rasch in der Umgebung verteilen und dort bis zu vier Monaten verweilen können. Experimentelle Untersuchungen mit Chaulmoogra-Estern ließen beim Verf. die Ansicht aufkommen, daß die Abbaustoffe des Ol. Chaulmograae auf den Organismus selbst einwirken. Sie förderten die Erzeugung von Lipasen, die die äußere Hülle der Leprabazillen angreifen und dadurch Auflösung bewirkten. A. Holländer-Hamburg.

Tuberkulose.

Röntgen- und Lichtbehandlung tuberkulöser Lymphome, von A. Reyn-Kopenhagen. (Strahlentherapie, 1925, Bd. 19, H. 2, S. 261.) Der Verf. berichtet über seine bei 629 Pat. in den Jahren von 1910—1920 erzielten Erfolge an tuberkulösen Lymphomen. Von der alleinigen Röntgentherapie ist er abgekommen, da er zu viel

Digitized by Google

Röntgen-Hautschädigungen erlebt hat und bei Anwendung von Lichtbädern oder lokalen Lichtbehandlungen die Resultate besser waren. Er röntgt mit stark filtrierten Dosen von 3—5 H durch 4—5 mm Al. in Pausen von 5 Wochen. Lichtbäder mit Kohlenbogenlicht betrachtet der Verf. mit als das beste Heilmittel. Neben der Licht-Röntgentherapie erachtet es der Verf. für notwendig, vereiterte Drüsen zu punktieren oder zu inzidieren und wenn möglich nicht zu große einzelne Lymphome zu exstirpieren, was auch fast ohne sichtbare Narbe gelingt. Da bei fistulösen Drüsen Röntgentherapie fast immer versagt, hält der Verf. Finsenlicht als die geeignetste und die beste Resultate ergebende Methode der Behandlung. E. Hornemann-Lüneburg.

Die Lymphogranulomatose, von C. Sternberg-Wien. (Kl. W., 1925, Nr. 12, S. 529.) Verf. bespricht in dem vorliegenden Übersichtsreferat eingehend unter möglichst ausgiebiger Heranziehung der Literatur den augenblicklichen Stand der Lymphogranulomatosefrage. Bezüglich der Ätiologie scheint man, was hier noch besonders hervorgehoben sei, immer mehr der Anschauung zuzuneigen, daß es sich um eine tuberkulöse Erkrankung handelt. E. Langer-Berlin.

Ergebnisse unserer Pyotropinbehandlung beim Lupus, von J. Callenberg, Univ. Hautkl. Gießen. (D. m. W., 1925, Nr. 12, S. 472.) Verf. empfiehlt das Pyotropin als ein auf die Hauttuberkulose elektiv wirkendes Ätzmittel. Er warnt jedoch vor schematischer Anwendung. Die Vorzüge vor anderen Lupusbehandlungsmethoden bestehen vor allem in der wesentlichen Abkürzung der Dauer der Behandlung, ferner darin, daß nach Entfernung des Verbandes eine gut gereinigte Wundfläche zutage liegt, die dann sofort eventuell einer lokalen Lichtbehandlung unterworfen werden kann. Kontraindiziert ist das Mittel bei allen Schleimhauterkrankungen. Verf. rät ferner von der Anwendung des Mittels bei Ulcus rodens, Hautkarzinom oder bei Hyperkeratosen, die zu karzinomatöser Entartung neigen, ab, da derartige Neubildungen auf Ätzung rapid sich vergrößern. F. Harry-Wiesbaden.

Neue Bahnen der Lupusheilung, von Axmann-Erfurt. (D. m. W., 1925, Nr. 14, S. 560.) Verf. berichtet über ausgezeichnete Erfolge bei der Behandlung des Lupus der Haut und der Schleimhaut mit Pyotropin. Die Behandlung erfolgte rein ambulatorisch und konnte nicht in allen Fällen vorschriftsmäßig durchgeführt werden. Trotzdem blieb der Heileffekt nie aus. Verf. verfügt über 90 erfolgreich behandelte Fälle. F. Harry-Wiesbaden.

Ambulante Lupustherapie, von F. Wirz, Derm. Univ.-Kl. München. (M. m. W., 1925, Nr. 1, S. 10.) Von 60 Fällen befinden sich noch 10 in Behandlung; von den restlichen 50 wurden 24 geheilt und 16 sehr wesentlich gebessert. Die besten Erfolge (100%) wurden mit der rein chirurgischen Methode (einfache Exzision und Naht) erreicht. Verf. ist geneigt, der von ihm geübten iontophoretischen Anästhesie begünstigenden Einfluß auf die glatte Heilung einzuräumen. Bei den nicht operierbaren Lupusfällen hatten die Röntgensekundärstrahlung und die Krysolganiontophorese die besten Erfolge. Erstere wurde nach vorheriger Jodiontophorese ausgeführt; Rückfälle blieben dabei aber nicht aus. Und da somit bei Wiederholungen der Röntgenbehandlung die Gefahr der Röntgenschädigung wuchs, so wurde die Methode wieder verlassen. Die Krysolganiontophorese geschieht von der Kathode aus: einige Tropfen $\frac{1}{2}$‰ige Lösung; 10—15 Min; 2mal wöchentlich. Folgen: Abblassung der Herde, Abschwellung; die Knötchen trocknen anscheinend ein; wahrscheinlich sterben zuerst die Bazillen. Nach Abfallen der Kruste zarte Narbe. Keine Rezidive. — Mit der Behandlung nach Rost waren Arzt und Kranke unzufrieden. A. v. Notthafft-München.

Die Anwendung des künstlichen Lichts, speziell des Kohlenbogenlichts bei Lupus vulgaris und der sog. chirurgischen Tuberkulose, von A. Reyn, Finseninstitut Kopenhagen. (Strahlenther., 1925, Bd. 19, H. 1, S. 1.) Die Behandlung des Lupus vulgaris erfolgt am Finseninstitut schon seit Jahren durch lokale Anwendung von Kohlenbogenlicht mit der Finsenlampe resp. mit dem Finsen-Reyn-Apparat. Seit Einführung der allgemeinen Kohlenbogenlichtbäder neben der lokalen Lichtbehandlung hat sich der Heilungsprozentsatz beim Lupus von 60 auf 90% gehoben. Lymphome behandelt Reyn durch allgemeine Lichtbäder und mit Röntgen, Fisteln erfahren stets lokale Behandlung; die Resultate mit 90% Heilung sind als sehr gute zu bezeichnen. Sonstige chirurgische Tuberkulosen werden auch sehr gut mit allgemeinen Lichtbädern angegangen; innerhalb 8 Jahren wurden 439 Patienten behandelt. Verf. hält für die wirksamste künstliche Lichtquelle die Kohlenbogenlampe, weil ihr Spektrum dem Sonnenlichtspektrum am ähnlichsten ist; er zieht diese

Digitized by Google

Lampe bei weitem den Quecksilberlampen vor. Im Gegensatz zu Rollier betont der Verf., daß er es für die Heilung vorteilhafter hält, wenn es gelingt, durch die Bestrahlungen Hauterytheme zu erzielen. Die Verordnung der Lichtbäder geschieht jeden zweiten Tag, nach 14 Tagen haben sie eine Zeitdauer von 2½ Stunde, welches als Maximum bestehen bleibt. Eine wirkliche Heilung des Lupus und der Tuberkulosefisteln glaubt der Verf. nur durch lokale Kompressionslichttherapie erzielen zu können. An die Heilungen von Benoit in Frankreich mit nur allgemeinen Bestrahlungen glaubt er nicht. E. Hornemann-Lüneburg.

Über Tuberculosis fungosa cutis (Riehl), von R. Volk-Budapest. (W. m. W., 1925, Nr. 6, S. 386.) An Hand zweier Fälle bespricht Verf. das Krankheitsbild der Tuberculosis fungosa cutis (Riehl) und die spärliche vorhandene Literatur. Es handelt sich um Veränderungen in der Subkutis und Kutis, die lange eine tiefe Knotenbildung aufweisen, die allerdings später mit multipeln Fisteln perforieren. Die Veränderungen pflegen in die Peripherie weiterzuschreiten und zeigen im allgemeinen eine Kombination mit unregelmäßigen Ulzerationen. Vom Lupusgeschwür ist die Affektion abzutrennen infolge des tumorartigen diffusen Infiltrats, der ausgedehnten Verkäsung und des Nachweises zahlreicher Tuberkelbazillen. Vom Skrofuloderm ist die Erkrankung ebenfalls wegen ihrer großen Ausdehnung, wegen des zahlreichen Bazillenbefundes und der unregelmäßigen Geschwürsbildung zu trennen. Am besten wäre wohl das Krankheitsbild in die Reihe der von Jadassohn als größere Gruppe herausgehobenen Tuberculosis colliquativa unterzuordnen.

E. Langer-Berlin.

Untersuchungen über orale, conjunktivale und nasale Infektion mit Tuberkelbazillen, von B. Lang, Inst. „Robert Koch". (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1924, Bd. 103. H. 1, S. 1.) Grundlegende experimentelle Studien über den Infektionsmodus und seine Wirkung bei Meerschweinchen und Kaninchen berechtigen zur Ablehnung der bisherigen Anschauung, daß nur sehr große Mengen Bazillen vom Darm aus Infektion setzen könnten. Verf. gelang Infektion mit allerkleinsten Mengen von Mundhöhle, Nase und Bindehaut aus. Da analoge Verhältnisse beim Menschen vorliegen, ist deshalb nach Verf. die Infektion durch die Nahrung namentlich beim Kinde viel häufiger, als angenommen wird. Die Tuberkuloseinfektion ist möglich, ohne daß die primäre Eingangspforte resp. ihre regionären Lymphdrüsen spezifisch befallen werden. Deshalb sind auch pathologisch-anatomische Befunde besonders bei kindlicher Tuberkulose hinsichtlich der Deutung der ersten Lokalisation der Infektion mit großer Vorsicht zu verwerten. Verf. steht im übrigen auf dem Standpunkt, daß beim Menschen die aërogene Infektion die gefährlichere und häufigere Infektionsart bleibt.

H. Lippert-Köln a. Rh.

La voie cutanée d'infections dans la tuberculose pulmonaire est-elle la voie prédominante? (Geht bei der Lungentuberkulose der Infektionsgang vorwiegend auf dem Wege durch die Haut vor sich?), von A. Campani. (Presse méd., 1925, Nr. 30, S. 482.) Als Leiter einer Lungenheilanstalt hat Verf. beobachtet, daß bei seinen Kranken in einem erhöhten Prozentsatz das Überstandensein von infektiösen Hautleiden (Furunkel, Impetigo usw.) erkennbar war. Seine Statistik ergab 24,5% solcher Erkrankungen bei Lungentuberkulösen gegenüber 12% bei Gesunden bzw. Nichttuberkulösen. Ferner konstatierte er, daß bei 67% seiner Lungenkranken die Lungenaffektion auf derselben Seite begonnen hatte, auf der die septischen Hautläsionen lokalisiert waren, und es ist bemerkenswert, wie er aus einer 300 Fälle umfassenden Zusammenstellung entnimmt, daß bei 70% der Fälle die septische Initialläsion am Kopfe, vorwiegend am Nacken, lokalisiert war. Aus seiner Statistik und namentlich aus einigen frappanten klinischen Beobachtungen kommt C. zu dem Ergebnis, daß die Haut als Eingangspforte für die Lungentuberkulose eine ebenso wichtige, wenn nicht eine wichtigere Rolle spielt als der Weg durch die Respirationsorgane bzw. durch den Gastrointestinaltrakt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: **Prof. Dr. J. H. Rille**, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 35 (Bd. 81) 29. August 1925

Aus der dermatologischen Klinik der kgl. ung. Franz-Joseph-Universität in Szeged (Vorstand: Prof. Dr. Franz v. Poór).

Von der Oppenheimschen Tartarusbehandlung der Mikrosporiasis.

Von

Dr. Karl v. Berde, Assistent.

Die bisher die besten Resultate ergebende kombinierte Röntgenepilationsdesinfizienten-Therapie der oberflächlichen Mikrosporiasis der behaarten Kopfhaut weist, wenn man auch von den manchmal von ihr verursachten unangenehmen Nebenerscheinungen absehen will — auch in ihren sozialen und ökonomischen Beziehungen Nachteile auf, da ihre Ausführung einerseits an eine Röntgeneinrichtung gebunden ist, sie aber andererseits auch für die auf Röntgentherapie eingerichteten Institute große Anforderungen an Zeit und Material bedeutet, besonders wenn man bedenkt, daß diese Krankheit gewöhnlich epidemisch auftritt und daß nur dann eine begründete Hoffnung zur Vermeidung von Rezidiven vorhanden ist, wenn die Epilation auf die ganze Kopfbehaarung ausgedehnt wird — was die Bestrahlung von 5—7 Feldern erfordert. — Daher ist jede Bestrebung angezeigt, welche die Therapie der in unseren Tagen immer häufiger auftretenden Mikrosporiasis einfacher, billiger und überall durchführbar zu gestalten verspricht.

In der 2. Nummer 1925 der „Dermatologischen Wochenschrift" berichtet E. Steiner über die von Oppenheim inaugurierte Behandlungsmethode, welche in jenen Fällen der Erkrankung, wo nur ein einziger kranker Fleck auf der behaarten Kopfhaut ist, von Röntgenepilation vollständig Abstand nehmend, in kurzer Zeit in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle zu rückfallfreier Heilung führt. Nach Steiner sind bei der Anwendung dieser Heilmethode hauptsächlich gewisse chemische und immunbiologische Faktoren beteiligt. Die 10%ige Kalium-stibiotartaricum-Salbe, auf der kranken Kopfhaut verrieben, verursacht elektiv schneller und heftigere Entzündungserscheinungen auf den von Mikrosporon befallenen Hautgebieten und Haarfollikeln als auf den gesunden Stellen der Haut und macht hiermit den Boden für diese Pilze ungünstig. Der so behandelte Mikrosporiasisfleck zeigt mit seiner halbkugeligen Hervorwölbung, seinen tief entzündeten eitrigen Follikeln auch klinisch das Bild von Kerion Celsi, aber auch in Beziehungen zur Immunitätslehre weist er ähnliche Wirkungen auf. Es ist größeren Mengen von Pilzen Gelegenheit geboten, in den Kreislauf zu gelangen, worauf der Organismus

Digitized by Google

mit der Produktion von spezifischen Antikörpern und der Ausbildung einer gewissen Immunität antwortet. Diese im Organismus stattfindende immunbiologische Umänderung wird durch Erscheinungen, welche auf der Haut spontan auftreten oder durch künstliche Eingriffe hervorgerufen werden, offenbar, und E. Steiner spricht dieser immunisatorischen Betätigung im Zustandekommen des therapeutischen Effektes der Oppenheimschen Behandlung Bedeutung zu.

An dem Krankenmaterial unserer Klinik habe ich die Oppenheimsche Behandlungsweise in 6 Fällen versucht, solche Knaben mit Mikrosporiasis behandelnd, bei welchen sich die Erkrankung auf eine einzige kleine Stelle der behaarten Kopfhaut beschränkte. Wie bei der Aufstellung der Indikation als auch in der Ausführung der Behandlung habe ich mich an Steiners Vorschriften gehalten. Die Haare wurden kurz geschnitten, und die kranke Stelle und ihre unmittelbare Umgebung wurden täglich zweimal mit 10%iger Brechweinstein-Vaseline eingerieben, worauf sie mit Gazeverband verdeckt wurde. Auf der eingeriebenen Stelle haben sich die Entzündungserscheinungen in 4 Fällen am ersten, in einem am zweiten und in einem Falle am dritten Tage der Behandlung eingestellt. Die Salbe wirkte tatsächlich elektiv. Die von Mikrosporiasis befallene Stelle hob sich mit überraschend scharfen Grenzen von der zwar ebenfalls eingeriebenen, aber gesunden Oberfläche ihrer Umgebung ab. ihre aschgraue Auflagerung lockerte sich auf, ihr Grund wurde hyperämisch und ödematös, die Follikel waren entzündet, eine große Anzahl war bald eitrig eingeschmolzen, ihre Haare waren gelockert und die mit Schorf überzogene, manchmal sich halbkugelig hervorwölbende Oberfläche zeigte das Bild von Kerion Celsi. Dieser Zustand hielt sich, wenn die Tartarussalbe fortgelassen und die Stelle mit Borvaselinverband bedeckt wurde, tagelang, während öfters mehrere eitrige Follikel zu einer Abszeßhöhle verschmolzen, stellenweise wurde das Epithel abgestoßen, das hyperämische Korium stand entblößt oder wies kleine Geschwüre auf, um bald darauf lebhaft zu granulieren. Trotz diesem Zustand war kaum eine Schmerzhaftigkeit vorhanden, Fieberbewegungen wurden nie beobachtet, obzwar in 2 Fällen die Nackendrüsen tastbar anschwollen. Mit dem Eintritt der Entzündung konnten aus den eitrigen Follikeln des kranken Gebietes die einzelnen Haare ohne jeden Schmerz ausgezogen werden. Nach Abklang der Entzündungserscheinungen in 2—3mal wiederholter Behandlung konnte das Gebiet beinahe vollständig haarlos gemacht werden oder wurde spontan haarfrei, manchmal schneller als bei Anwendung von Röntgenepilation. Nach Abklang der Entzündung, nach Heilung der Geschwüre und Follikulitiden war noch längere Zeit lamellöse Abschuppung zu beobachten.

Nach wiederholtem in Entzündungsetzen wurde der größte Teil des mikrosporiatischen Gebietes durch den Vernarbungsprozeß beherrscht. Auf dem Kopf eines jeden unter unseren Kranken blieb ein nunmehr endgültig haarloser vernarbter Fleck von verschieden- — linsen- bis taler- — großer Ausdehnung, doch konnten wir selbst dann noch mittels mykologischer Untersuchung auf den einzelnen Haaren lebensfähige Pilze finden, und in 2 Fällen war die scheinbare Heilung von einem lokalen Rückfall gefolgt. Rezidivfreie Heilung konnten wir nur in einem einzigen

Digitized by Google

Falle erreichen, auf Kosten einer ziemlich ausgedehnten Narbenbildung. In einem Falle war die Tartarusbehandlung von einer ausgedehnten, hartnäckigen, 6 Wochen lang dauernden Follikulitis gefolgt, zu der sich in Umgebung von Nase und Auge Impetigo gesellte. Nach solchen Erfahrungen und besonders in Anbetracht der kosmetisch höchst ungünstigen Vernarbungen war es unseres Erachtens angezeigt, auch bei unseren zwei anderen Kranken die Brechweinsteinbehandlung einzustellen und mit Röntgenepilation und Jodtinktur weiter zu behandeln.

Es wurde in 4 Fällen versucht, die Tartarussalbe auch bei oberflächlicher Mikrosporiasis haarloser Gebiete anzuwenden. Die Salbe, dünn auf Gaze aufgetragen, wurde mit Heftpflaster auf das erkrankte Gebiet und seine unmittelbare Umgebung fixiert. Die heftige vesikulärpustulöse Entzündung des kranken Gebietes, welche die elektive Wirkung des Brechweinsteins ebenso augenfällig wiederspiegelte als auf behaartem Gebiet, erfolgte in 3 Fällen in 24 Stunden, in 1 Fall in 48 Stunden. Der mikrosporiatische Fleck erhob sich als scharf umgrenzte, rote, gedunsene Scheibe aus der zwar ebenfalls unter Tartaruswirkung stehenden, jedoch keine Entzündungserscheinungen aufweisenden gesunden Umgebung, auf der Oberfläche, besonders den Follikeln der Lanugines entsprechend, mit hirsegroßen Bläschen oder Pusteln. Unter Borvaselinverband besänftigten sich die Entzündungserscheinungen in 4—5 Tagen, die der Epidermis beraubten Stellen bedeckten sich mit Epithel, einen scharf umgrenzten, rosafarbigen, stellenweise kleine Narben aufweisenden, sich schälenden Fleck auf dem ursprünglich mikrosporiatischen Gebiet zurücklassend. In einem Fall war die Behandlung von schwerer Pyodermie gefolgt. Das mikrosporiatische Gebiet verwandelte sich in ein Ekthyme von der Größe eines Talers, mit mehrere Millimeter dickem, scheibenförmigem, dunkelbraunem Schorf, in seiner Umgebung mit mehreren kleinen Pusteln. Die Heilung erforderte etwa 2 Wochen, und es blieb eine verunstaltende Narbe zurück. Bei Tartarusbehandlung unbehaarter Stellen haben wir keine Rückfälle gesehen.

Bei beiden Gruppen unserer Kranken habe ich die immunbiologischen Verhältnisse mit Aufmerksamkeit verfolgt. Vor der Anwendung der Tartarussalbe wurde in allen 10 Fällen mittels intrakutaner Einspritzung von 0,3 ccm „Trichosan" (sec. Pápavy) das vollständige Fehlen der Allergie gegenüber den Substanzen der Fadenpilze festgestellt. An der Injektionsstelle entwickelte sich eine linsengroße blasse Rötung, kaum ausgeprägter als die jener reaktiven Entzündung, welche von den kontrollehalber auf benachbartem Hautgebiet eingespritzten 0,3 ccm physiologischer Kochsalzlösung verursacht wurde. 24 Stunden nachher, als infolge der Tartarusbehandlung der oberflächliche mikrosporiatische Fleck in der geschilderten Weise in Entzündung kam, wurde unseren Kranken von neuem 0,1 Trichosan intrakutan gegeben. Als Folge dieser Injektion war in allen 6 Fällen, wo wir es mit dem auf behaarter Kopfhaut befindlichen Herden zu tun hatten, an der Impfstelle starke lokale Reaktion zu verzeichnen in Form einer heller- bis talergroßen, roten ödemischen Infiltration, welche in 3—4 Tagen zurückging. Bei den Mikrosporiasisfällen auf unbehaarter Haut war nach Entwicklung der Entzündungserscheinungen in einem unter den 4 Fällen eine etwas gesteigerte Intensität der Haut-

Digitized by Google

reaktion zu beobachten. Bei 2 Kindern mit Mikrosporiasis, welche jedoch nicht mit Tartarus behandelt waren, wurde kontrollehalber wiederholt vollzogene Trichosaninjektion in keinem Falle von einer ähnlichen allergischen Reaktion begleitet. Ich hatte jedoch Gelegenheit auch andere Erscheinungen der infolge der entzündunganfachenden Wirkung der Tartarussalbe zustandekommenden Allergie zu beobachten. Am Arm eines Patienten entwickelten sich auf dem Gebiete der lokalen Reaktion nach einer Trichosaninjektion 2 Tage nach Einverleibung des Mittels dicht liegende perifollikulär gelagerte, stecknadelkopfgroße, lichenartige Papeln, welche mit ihrer hellroten, später bräunlichen Färbung und ihrer die Oberfläche bedeckender hyperkeratotischer Auflagerung etwa 2 Wochen lang fortbestanden. Bei einem anderen Kranken aber konnten einige Tage nach der Entwicklung der kerionartigen Entzündung die auf der Kopfhaut befindlichen mikrosporiatischen Herde auf Nacken und Rumpf lokalisierte typische lichenoide Mikrosporiden festgestellt werden.

Leider ist diese Allergie der Haut, welche infolge der Tartarusbehandlung zustande kommt, noch nicht genügend, um die oberflächliche Verbreitung der Mikrosporiasis zu verhindern. Wo wir uns genötigt fühlten, die Behandlung nach 2—3maliger Entzündungsanregung des mikrosporiatischen Fleckes zwecks Verhinderung der bevorstehenden ausgebreiteten Vernarbung vor Erzielung einer vollständigen Heilung zu unterbrechen, war trotz der nachweisbaren Allergie das Weiterverbreiten des mikrosporiatischen Prozesses an den Rändern des Herdes zu beobachten.

Der Brechweinstein ist zur Vernichtung der auf den Haaren und in den Epithelschichten parasitisch lebenden Mikrosporon nicht geeignet. Aus den pilzbehafteten Haaren und Epithelstücken, welche 24 Stunden lang in einer gesättigten wäßrigen Lösung des Mittels standen, entwickelten sich auf Sabouraudschem Nährboden nach 5—6 Tagen typische Mikrosporon-Kolonien, und dasselbe konnte festgestellt werden, wenn Haare aus der öfters mit Tartarussalbe in Entzündung gebrachten Herden ausgezogen oder sich von hier abschälende Epithellamellen verpflanzt wurden. Die mit der Tartarussalbe erzielten Heilerfolge sind keineswegs der pilztötenden Wirkung des angewandten Heilmittels zuzuschreiben. Wir glauben eine Erklärung für die Erfolge der Oppenheimschen Heilmethode in mechanischen Umständen erblicken zu können, und zwar in der Schälung, die der Entzündung folgt, und dem Ausfallen der gelockerten Haare, durch welchen Umstand die Pilze aus dem erkrankten Gebiet entfernt werden. Auf diesen Punkt haben wir es mit demselben therapeutischen Effekt zu tun, als bei der auf unbehaartem Gebiet die Pilze der mikrosporiatischen Herde ebenfalls nicht tötenden, aber das kranke Epithel entfernenden Behandlung mit ultravioletten Strahlen, oder bei der ebenfalls nicht mykoziden, doch die Entfernung der kranken Haare ermöglichenden Verwendung der Röntgenepilation. Je leichter die Pilze von dem erkrankten Gebiet zu entfernen sind, desto eher ist eine rückfallfreie Heilung zu erwarten, so bei der Tartarusbehandlung der Mikrosporiasis auf haarlosem Gebiet — und je schwerer die Pilze zu beseitigen sind, wie auf behaarten Stellen — desto schwerer ist der erwünschte Erfolg zu erreichen.

Digitized by Google

Daß neben der mechanischen Entfernung der Pilze diese im Gefolge der Behandlung auch lokal zugrunde gehen, kann mit Wahrscheinlichkeit angenommen werden, obzwar wir feststellen konnten, daß der Brechweinstein selbst die Parasiten zu töten nicht imstande ist. Dies ist vielleicht der Grund, daß Steiner die Einschaltung der Jodtinktur-Einpinselung zur Erzielung von desinfizierender Wirkung empfahl, obzwar die Jodtinktur zur Vernichtung der im Innern der Haare angesiedelten Pilze nicht genügend energisch wirkend erscheint. — Zahlreiche Versuche und klinische Beobachtungen haben mich davon überzeugt, daß die Jodtinktur, auch während langer Zeit täglich auf die kranke Stelle aufgetragen, kaum imstande ist, die Parasiten, die im Innern des in seiner Follikel sitzenden Haares leben, zu vernichten, da ja selbst die aus der Follikel herausgezogenen Haare, auch wenn sie 5 Minuten lang in Jodtinktur untergetaucht waren, nach dieser Prozedur auf Maltoseagar verpflanzt, binnen 8—12 Tagen typische Mikrosporon-Kulturen entwickelten. Die Jodtinktur ist höchstens zur Vernichtung der auf der Oberfläche befindlichen Pilze geeignet, und in ihrer bei oberflächlichen Mykosen beobachteten ausgezeichneten Heilwirkung spielt zweifelsohne auch die der Anwendung folgende Entzündung eine wichtige Rolle, des weiteren die Schälung, d. h. die mechanische Entfernung der Pilze. Nur die auf den kranken Herden erzeugte akute Entzündung kann das Prinzip sein, dem wir bei der Oppenheimschen Behandlung wesentlich pilztötende Wirkung zuschreiben können, und zwar geschieht es auf biologischem Wege. Die Wirkung der akuten Entzündung manifestiert sich auch bei anderen Behandlungsmethoden oberflächlicher Hautkrankheiten von mykotischer Natur (Jodtinktur, Pyrogallol, grüne Seife, Resorzin, Salizylsäure, ultraviolette Bestrahlung), aber nicht in jenem Maße als bei der Tartarusbehandlung. Die akute Entzündung des erkrankten Gebietes erzielte nach 3 Richtungen hin solche Wirkungen, deren Resultante die Heilung der pilzverursachten Hautkrankheit ist. Einerseits macht sie das erkrankte Gebiet als Nährboden für die Parasiten ungeeignet, andererseits mobilisiert sie die Verteidigungsmaßregeln des Organismus gegen die Pilze, sei es durch lokale Protoplasmaaktivierung, sei es mit in Aktionsetzung der zellulären und humoralen Abwehreinrichtungen, unter welch letzteren dem Zustandekommen einer spezifischen Allergie eine etwaige Rolle zukommen dürfte, und zuletzt entfernt sie durch die in ihrer Folge einsetzenden Schälung und dem Haarausfall die Krankheitserreger aus dem erkrankten Gebiet. Im Zustandekommen der Entzündung und letzten Endes der Heilung fällt dem von Steiner „chemischen Faktor" genannten Umstand die grundlegende Rolle zu, einem Umstande, der einerseits durch die chemischen Eigenschaften des Brechweinsteins und andererseits den veränderten Chemismus des von Mikrosporon angegriffenen Hautgebietes determiniert wird.

Zusammenfassung.

Tartarus stibiatus wirkt auf das von Mikrosporon befallene Hautgebiet auf elektive Weise. Der Grund dieser Erscheinung muß in den spezial veränderten chemischen und biologischen Verhältnissen des erkrankten Gebietes gesucht werden, in Umständen, die sich bei Jodtinktur-,

Digitized by Google

Pyrogallol-, Mercur-praezip.- oder ultravioletter Strahlen-Behandlung nicht kundgeben.

Die durch Tartarus auf den mikrosporiatischen Herd hervorgerufene Entzündung ist tatsächlich imstande, eine gewisse Allergie seitens des Organismus auszulösen, jedoch ist diese Allergie an und für sich weder zur Heilung, noch zum Verhindern der oberflächlichen Ausbreitung der Krankheit hinreichend.

Die Tartarustherapie heilt in kurzer Zeit rezidivfrei die auf unbehaartem Gebiet befindliche Mikrosporiasis. Bei Herden, welche sich auf behaarter Kopfhaut befinden, geschieht dies nur mit Hilfe von wiederholter Entzündungsanregung und zwischengeschalteter Jodtinktur-Einpinselung, leider in allen beiden Fällen, doch besonders auf letzterer Stelle auf Kosten solch schwerer kosmetischer Nachteile (Narbe, bleibende umschriebene Kahlheit), welche die Berechtigung dieser Heilmethode zwischen sehr enge Grenzen einschränken. Nur aus Not und nur dort kann zu ihr gegriffen werden, wo zu der bedeutend bessere Resultate zeitigenden Röntgenepilationstherapie keine Gelegenheit geboten ist, und wo kein Einspruch gegen einen auf der behandelten Stelle bleibend kahlen Fleck erhoben wird. Diese Heilmethode bindet den Patienten fester und anhaltender an das Krankenhaus als die Röntgenepilations-desinfizienten-Therapie, und ihre Komplikationen sind nicht weniger unangenehm als von jener.

In der Heilwirkung der Tartarusbehandlung muß der mechanischen Entfernung der Pilze und der noch nicht genügend erforschten aber komplexen Heilwirkung der akuten Entzündung die ausschlaggebende Rolle zugeschrieben werden.

Aus der Abteilung für Geschlechtskrankheiten des hauptstädtischen St. Johannes-Hospitals in Budapest (Chefarzt: Priv.-Doz. Dr. Josef Guszman).

Über den Einfluß der Jodalkalien auf die Syphilis, insbesondere auf die Wassermann-Reaktion.

Von

Priv.-Doz. Dr. Josef Guszman.

Im letzten Jahrzehnt trat das Jod in der Syphilistherapie fast völlig in den Hintergrund und galt in neuerer Zeit — besonders in den Kreisen jüngerer Ärzte — sozusagen als therapeutisches Aschenbrödel. Und ich begegne mehr als einmal selbst tüchtigen Fachärzten, die sich von der manchmal außerordentlich günstigen und raschen Wirkung des Jods in eigener Praxis noch kaum überzeugen konnten, da sie dasselbe ja fast niemals verordnen. All das findet eben zumeist in den Errungenschaften der jüngsten 1—2 Jahrzehnten ihre Erklärung.

Daß das Jod im floriden sekundären Stadium die Ausschläge kaum merklicher beeinflußt, ist uns bereits seit langem bekannt, ebenso wie die Tatsache, daß dessen wahre Wirksamkeit sich zumeist in den Spätstadien der Syphilis äußert, seine allgemeinere Vernachlässigung macht

Digitized by Google

sich aber besonders von der Zeit an bemerkbar, seitdem die spirochätentötende Eigenschaft des Salvarsans in den Vordergrund trat. Dies kann auch nur gebilligt werden, insofern es sich nämlich in erster Linie um eine Frühsyphilis handelt. Bei der Verallgemeinerung dieses Gesichtspunktes vergaß man jedoch, daß einerseits die massenhafte Vernichtung der Spirochäten in Wirklichkeit zumeist bloß bei den Erscheinungen anzunehmen ist, d. h. dort, wo die Spirochäten früher oder später auch durch jedes andere Antiluetikum zum großen Teil vernichtet werden und daß andererseits dieselben an anderen Stellen des Organismus doch nicht so gewiß vertilgt werden, wie dies im allgemeinen von einzelnen Mitteln, besonders vom Salvarsan vorausgesetzt wird.

Da nun ein rasches Verschwinden der Spirochäten bei floriden Früherscheinungen vom Jod nicht erwartet werden kann, ist dasselbe doch selbst auf die Erscheinungen von keiner merklichen Wirkung und wir hingegen die Spirochäten infolge der Wirkung des Salvarsans und vielleicht auch des Wismuts direkt, infolge der Quecksilberbehandlung aber indirekt von der Oberfläche der syphilitischen Erscheinungen verschwinden sehen, ist es offenbar, daß das Jod aus diesem Gesichtspunkt den übrigen Antiluetizis gegenüber in den Hintergrund treten mußte. Das ging soweit, daß es Kliniker (Citron) und Pharmakologen (Fröhlich) gibt, die das Jod überhaupt nicht für ein Antisyphilitikum halten.

Dennoch ist dieses heute vernachlässigte Heilmittel, dessen Einführung in der Syphilistherapie nun bereits auf ein Jahrhundert (Coindet, de Salle, Ricord u. a.), seine planmäßige Anwendung aber auf neun Jahrzehnte zurückgeht, zum Gemeingut der Ärzte geworden und ist von unschätzbarem Wert. Bekanntlich wurde das Jod in der Form der Jodtinktur innerlich angewendet und erst später ging man auf die Benutzung der Jodalkalien über.

Wie gesagt hat das Jod — und wir meinen hier stets vor allem die Jodalkalien — auf die floriden sekundären Erscheinungen kaum eine Wirkung. Dies ist eine bereits alte Erfahrung, obwohl es viel erfahrene Ärzte (J. Neumann) gab, die selbst bei solchen Fällen manchmal über hervorragende Erfolge berichten konnten. Trotzdem wendete Neumann ab initio das Jod nur in solchen Fällen an, wo sich das Exanthem in geringem Grade und bei schwächlichen Patienten zeigte. Demgegenüber galt Jahrzehnte hindurch allgemein die Lehre, daß dies Heilmittel im tertiären Stadium vortrefflich wirke und auch das Quecksilber häufig übertreffe. Und tatsächlich heilen exulzerierte Gummata bei alleiniger Anwendung von Jod im engsten Sinne des Wortes zusehends, sehr oft gar nicht langsamer als bei einer Quecksilber-Salvarsan- oder neuestens Wismutkur. Gar manche auf schwere Destruktion zurückführbare Prozesse heilten bei alleiniger Anwendung einiger Fläschchen Jodkali. Doch in wahrhaft souveräner Weise äußert sich diese Heilwirkung in den meisten Fällen von syphilitischen Periost- oder Gelenkschmerzen, wo manchmal die viele Monate dauernden, bei Nacht fast unerträglichen Schmerzen nach einigen Eßlöffeln Jodkali sozusagen von heute auf morgen aufhören. Von trefflicher Wirkung ist dieses Heilmittel auch bei syphilitischem Fieber im Spätstadium, wo es übrigens ex juvantibus als diagnostisches Verfahren überaus rasch Aufschluß gibt. Ich erwähne

Digitized by Google

hier einen Fall, wo mein 40jähriger Patient sein hochgradiges fast 5 Monate dauerndes syphilitisches Fieber nach kaum 3tägigem Gebrauch von Jodkali plötzlich verlor.

All das sind solche Erfahrungen, die der Arzt vor der Salvarsanära häufiger machen konnte, da wir heute gewöhnlich zuletzt an Jod denken. Dies ist zumeist auch zweifellos richtig, aber dann gibt es heute, und wird es auch in der Zukunft immer Fälle geben, wo in erster Linie die Indikation einer Jodtherapie besteht. Die Wichtigkeit des Jods wird auch von den meisten Autoren hervorgehoben, so schreibt M. Joseph auch noch neuestens in seinem Lehrbuch in lakonischer Kürze: „Jod ist unentbehrlich."

In letzter Zeit wendeten wir unsere besondere Aufmerksamkeit der Wirkung des Jods auf die WR zu. Die Untersuchung richtete sich zwar gleich nach der Entdeckung der WR auf dieses Problem, wir können jedoch sogleich hinzufügen, daß dies nur höchst unzulänglich geschah, so daß wir diesbezüglich bloß Bizzozero eine etwas ausführlichere Untersuchung verdanken. Die Anregung zu unseren gegenwärtigen Untersuchungen gaben hauptsächlich Sahms sorgfältige Versuche, die er an der Königsberger Hautklinik anstellte. Aus diesen geht hervor, welch beachtenswerte Eigenschaften das Jod betreffs Beseitigung der positiven WR bei tertiärer Syphilis besitzt.

Bevor ich jedoch zur Erörterung meiner Untersuchungen übergehe, will ich ganz kurz die Wirkung des Jods auf die Syphilis berühren. muß aber dabei leider gestehen, daß die Angaben und Ansichten betreffs der Jodwirkung im allgemeinen noch höchst unsicher sind und in vieler Hinsicht auseinandergehen. Aus dem Umstand, daß man vom Jod eigentlich nicht behaupten kann, daß es spirillozid wirke, kann dessen Unwirksamkeit bei spirochätenreichen primären und sekundären Erscheinungen am besten erklärt werden. Hingegen zeigt sich eine günstige Wirkung des Jods auf die an Spirochäten ärmeren tertiären Erscheinungen. Obwohl es als zweifellos gilt, daß die tertiären Erscheinungen durch das Vorhandensein und die Lebensfunktionen der Spirochäten bedingte Reaktionen des Organismus sind, wird es dennoch immer wahrscheinlicher, daß die hochgradigen tertiären Infiltrationen hauptsächlich auf die Umstimmung des Organismus („Differenzen im Terrain", Jadassohn) sowie auf dessen erhöhte Empfindlichkeit zurückzuführen sind. Am wahrscheinlichsten ist es, daß die Jodwirkung die Überempfindlichkeit und große Reaktionsfähigkeit vermindert, bzw. aufhebt und auf diese Weise indirekt eine Rückbildung der schweren Erscheinungen zur Folge hat.

Wie bekannt, wurde bezüglich des Jods auch das festgestellt, daß die syphilitischen Infiltrationen und Produkte dasselbe in viel größerer Quantität aufspeichern als die gesunden Gewebe des Körpers. Dabei müssen wir jedoch hervorheben, daß diese Erscheinung, welche hauptsächlich von Fröhlich, Bonanni und Löbe festgestellt wurde, weder für das Jod als Heilmittel, noch für die syphilitischen Produkte als pathologische Gewebewucherungen charakteristisch ist, da einerseits das Jod sich auch bei anderen entzündeten pathologischen Produkten in größerer Quantität ansammeln kann, andererseits nicht allein dasselbe, sondern auch andere im Blut zirkulierende Stoffe die Fähigkeit besitzen, sich an entzündeten Herden anzuhäufen.

Digitized by Google

Bereits vor mehr als 10 Jahren stellte Löbe fest, daß sich in den Lymphknoten 3—6mal so viel Jodmengen ansammeln können, als im Blut, und die syphilitischen Gewebe im allgemeinen viel mehr Jod aufnehmen als die normalen Organe. Fröhlich wies nach, daß sich das Jod, in günstigen Verbindungen angewendet (Mirion), in den syphilitischen Geweben (z. B. Condylom. lat.) in 50—100mal größerer Quantität aufspeichern kann, als in anderen Geweben. Eine ähnliche Anhäufung von Jod fand jedoch Takemura im Mäusekarzinom, Fr. Jess im menschlichen Karzinomgewebe. Schramek wies dasselbe in seinen schönen Versuchen an tuberkulösen Geweben nach, wobei er Pfannenstills Methode in der Weise modifiziert, daß er statt H_2O_2 Radiumstrahlen benutzt. Stepp verwendete bei gleichzeitiger Verabreichung von Jod statt Radium Röntgenstrahlen. Auch Loebs und Michauds Untersuchungen haben bereits vorher ergeben, daß das tuberkulöse Gewebe Jodverbindungen in größerer Quantität zu absorbieren vermag, als dasselbe Gewebe das Tuberkulin. Neuestens müssen wir auch von Quecksilber eigentlich das gleiche voraussetzen, insofern dasselbe sich hauptsächlich in syphilitischen Geweben anhäuft, welche reich an Nukleinsäure enthaltenden Zellen sind. Nach Schumachers Untersuchungen hängt die Wirkung des im syphilitischen Gewebe angehäuften Quecksilbers von der katalytischen Beschleunigung des Stoffwechsels und der Oxydationsprozesse der Zellen ab.

Neisser stellte bereits anläßlich seiner Expedition nach Java auch mit Jod Tierexperimente an, zur Feststellung dessen, ob dieses die Entwicklung der Krankheit bei den mit Syphilis geimpften Affen aufzuhalten vermag. Es ist interessant, daß seine Angaben darauf hinweisen, daß das Jod tatsächlich von einer gewissen Wirkung war, insofern er dasselbe in überaus großen Mengen anwendete (auf den Menschen berechnet 100 bis 200 g). Bei mit Lues geimpften Affen entwickelte sich nämlich zumeist keine Syphilis, wenn dieselben der Impfung zugleich, bzw. einige Tage später Jod bekamen. Unsererseits können wir jedoch dieses Versuchsergebnis noch nicht für entscheidend halten, da die Lues bei Affen viel milder verläuft und mit Heilmitteln in größerem Maße zu beeinflussen ist. Ebendaher läßt sich auch die experimentelle Tiersyphilis mit der Lues des Menschen einfach gar nicht vergleichen.

Was die Wirkung des Jods auf die WR betrifft, so müssen wir vor allem in Betracht ziehen, auf welche Weise die Seroreaktion zustande kommt. Am wahrscheinlichsten ist es, und die Ansichten der meisten neueren Autoren neigen sich dahin, daß jene Veränderungen im Blute, welche die WR verursachen, nicht so sehr der aktiven Wirksamkeit der Spirochäten entstammen, als vielmehr derjenigen Stoffe, die beim Abbau der luetischen Herde entstehen. Wenn es also solche Mittel gibt, wie das Jod, das zwar nicht spirillozid ist, jedoch wie tausendfach erwiesen, auf die tertiären Infiltrationen spezifisch einwirken, können wir a priori annehmen, daß das Jod indirekt auch die WR beeinflußt.

Indem wir nun auf die Wirkung des Jods, betreffs der WR zurückkommen, fällt es auf, daß in der überaus reichen Literatur, welche sich mit diesem Einfluß der antisyphilitischen Behandlung befaßt, die auf Jod bezüglichen Versuche besonders spärlich vertreten sind. Die meisten Autoren konnten bei Anwendung des Jods bloß eine schwache oder

Digitized by Google

ungenügende Wirkung auf die Seroreaktion feststellen, obzwar sie diese Frage eigentlich oft nach 1—2 Versager gar nicht weiter untersuchten. So behandelte z. B. Jaworsky 3 Fälle von Spätlues (Arteriosklerose, Tabes) rein mit Jod, wobei aber die Reaktion auch nach Beendigung der Kur positiv blieb. Auch Fischer konnte in 2 Fällen von tertiärer Syphilis zu keinem besseren Ergebnis gelangen. In dem 1. Fall (Gumma des Gaumens) blieb die WR nach dreiwöchentlicher Jodkur positiv, im 2. hat sich die positive Reaktion nach $3^1/_2$ monatlicher Jodtherapie bloß abgeschwächt.

Karewsky ließ seinen an tertiärer Lues leidenden Patienten 11 Wochen lang Jod nehmen, dennoch blieb die Reaktion positiv. Ein günstigeres Resultat durch Joderzielte E. Lesser, von dessen 4 Tertiärfällen mit positiver WR zwei am Ende der Jodkur eine negative Seroreaktion ergaben. In einem Falle Reinhards verschwand nach der Jodkalikur die positive WR. In 2 Fällen Blumenthals hatte die Jodkur (90 bzw. 40 g Jodkali) eine negative Reaktion zur Folge. Seiner Ansicht nach läßt sich die Wirkung des Jods auf die WR nicht bestreiten. Bei 8 Patienten von Boas wurde die Reaktion auf Jodkali in 4 Fällen schwächer.

Demgegenüber behauptet Mühsam auf Grund seiner Erfahrungen, daß die positive WR bei Anwendung einer alleinigen Jodkur nie negativ wurde, da seiner Meinung nach das Jod die Spirochäten nicht beeinflußt, sondern bloß auf die Reaktionserscheinungen des Organismus wirkt. Interessant sind auch Engwers Versuche; derselbe wendete das Jod in 3 Fällen in der Form von intravenösen Injektionen an und konnte dabei zweimal einen negativen Umschlag der WR beobachten. Bei Klemperers Fällen von Lues cerebrospinalis wurde die WR nach alleiniger Anwendung von Jod (NaJ), und zwar gleichfalls in der Form von intravenösen Injektionen, negativ. Höhne stellte bei 6 Patienten (je 180 g Jodkali) das Schwinden der positiven Reaktion fest.

Aus all dem ist ersichtlich, daß die Ansichten bezüglich einer Möglichkeit der Beeinflussung der WR durch eine alleinige Jodkur überaus divergieren, welcher Umstand vor allem durch die Unzulänglichkeit der Untersuchungen erklärt werden kann.

In dieser Beziehung stellte E. Bizzozero systematischere Versuche an, wobei er sich auch auf ein größeres Krankenmaterial stützte. Er verordnete die Jodkur bei 30 Spätluesfällen, konnte jedoch seine Beobachtungen bloß bei 17 Patienten zu Ende führen. Von den 17 positiv reagierenden Fällen wurden vier infolge der Jodkur negativ. Die Gesamtquantität des Jodkalis bewegte sich in diesen Fällen zwischen 51 bis 142 g. Obgleich Bizzozero auch selbst gewahrte, daß die Jodkur verhältnismäßig bloß selten die positive WR beeinflußt, betont er dennoch, daß seine Versuche bezüglich des Wertes der Jodtherapie wichtige Winke enthalten, indem im Spätstadium auch das Quecksilber auf die positive WR oft keine Wirkung hat.

Nach diesen zweifelhaften Ergebnissen blieben die einschlägigen Versuche eine geraume Zeit aus, und so bildete sich allmählich die allgemeine Ansicht, daß das Jod auf die WR keine Wirkung übt. Die ersten planmäßigen Untersuchungen, welche sich auf ein verhältnismäßig bedeutendes Krankenmaterial erstrecken, stammen von Sahm, der insgesamt

Digitized by Google

63 Fälle von Spätlues rein mit Jod behandelte und dessen Wirkung auf die positive WR prüfte. Seine Ergebnisse gestalteten sich im Gegensatz zu den früheren überaus spärlichen Versuchen auffallend günstig, insofern z. B. die WR bei 50% der manifesten Tertiärfällen negativ wurde (11 von 22). Sahm fand, daß das Jod in den letzteren Fällen am besten wirkte, hingegen konnte er bei den übrigen latenten Luesfällen kein so günstiges Resultat erreichen.

Unsere eigenen Versuche waren bereits in vollem Gange, als anschließend an Sahms Untersuchungen eine dasselbe Problem behandelnde Arbeit von Hirsch erschien. Die Anzahl der untersuchten Spätluesfälle betrug bei ihm 124, worunter es tertiäre, früh- und spätlatente, sowie metaluetische Fälle gab. Hirsch benutzte dabei zumeist Jodkali, bei einigen Kranken aber auch Jodnatrium oder Mirion. Seine Ergebnisse stimmen mit denjenigen Sahms im großen und ganzen überein, da die vorher positive WR infolge einer systematischen Jodtherapie in 47% der Spätsyphilisfällen negativ wurde. Diese Angaben weichen jedoch in den Details ein wenig voneinander ab, denn während Sahm den besten Erfolg bei manifest-tertiären Luesfällen beobachtete, gewahrte Hirsch bei letzteren gerade im Gegenteil eine verhältnismäßig schwächere Wirkung (34,7%). Derselbe konnte den besten Erfolg bei spätlatenten (52,9%), bzw. metaluetischen Fällen (85,7%) erreichen. Letztere Angabe bezieht sich jedoch im ganzen auf 7 Fälle und kann daher zu keinen weiteren Folgerungen berechtigen. Aus unseren folgenden Erörterungen wird hervorgehen, daß wir uns auf Grund der eigenen Beobachtungen eher Hirsch als Sahm anschließen.

Wir haben unsere systematischen Untersuchungen, die sich ebenfalls auf Spätluesfälle bezogen, vor etwa $2^1/_2$ Jahren begonnen. Da es im allgemeinen häufig wegen des Widerstandes der Kranken schwer ist, bei einer alleinigen Jodkur zu bleiben, um auf diesem Wege zu brauchbaren Angaben zu gelangen, bereitet das Sammeln des entsprechenden Krankenmaterials ziemlich große Schwierigkeiten. Eben aus diesem Grunde habe ich mich bloß auf 2 Krankenkategorien beschränken müssen, wovon eine aus manifest-tertiären, zumeist gummösen Fällen bestand, bei denen bereits andere antisyphilitische Kuren vorausgegangen waren, während die andere Kategorie latente Spätluesfälle enthält, deren einziges nachweisbares Symptom die positive WR war, gegen welche bereits vorher mehrere antisyphilitische Behandlungen (Quecksilber, Salvarsan) ohne Erfolg angewendet wurden. Von der ersteren Kategorie untersuchten wir 17, von der letzteren 19 Fälle, denen sich noch 3 Tabesfälle anschlossen. Die Zahl unserer Kranken war ursprünglich größer (48), schmolz jedoch am Ende der Versuche auf 39 herab. In der 1. Gruppe, d. h. bei den manifest-tertiären Fällen, bezogen sich die Erscheinungen zumeist auf gummöse Prozesse, außerdem auf tertiäre Knoten.

Die Jodkur haben wir naturgemäß durch kein anderes Antiluetikum gestört. Das Jod kam ausnahmslos in der Form von Jodkalium oder Jodnatrium (durchschnittlich täglich 2,5 g) zur Verwendung. Es gab aber auch solche Fälle, wo wir die Patienten mit Rücksicht auf die Jodtoleranz sogar täglich 4 g nehmen ließen. Bei den einzelnen Kuren bewegte sich die Gesamtquantität der benutzten Jodverbindungen zwischen 75 und 150 g.

Digitized by Google

Bei unseren vor der Jodtherapie positiv (++++) reagierenden 39 Fällen war die Seroreaktion am Ende der Behandlung 15 mal negativ (38,4 %).

Die Wirkung auf die Seroreaktion stellen wir bezüglich unserer Fälle in folgender Weise zusammen:

Von 17 manifest-tertiären Fällen wurden negativ 6 = 35,2 %
Von 19 latenten (über 4 Jahre alten) Fällen wurden negativ . . . . . 8 = 42,1 %
Von 3 Tabesfällen wurde negativ . . . . . 1 = 33,3 %

Von den 15 negativ gewordenen Fällen konnten wir bei sieben 3—5 Monate später Kontrolluntersuchungen vornehmen zur Feststellung dessen, ob kein Serorezidiv eingetreten sei. Diesbezüglich waren unsere Erfahrungen günstig, insofern sich bloß in einem Falle eine neuerliche ++++ WR zeigte.

Aus dem Überblick unserer Untersuchungen geht hervor, daß die Jodkur auf die positive WR ziemlich oft von auffallendem Einfluß ist. Unsere Resultate sind zwar nicht so günstig wie die Ergebnisse von Sahm oder Hirsch, aber die Wirkung des Jods zeigt sich auch in unseren Fällen auffallend günstig, besonders wenn man in Betracht zieht, daß es sich hauptsächlich um spätlatente Luesfälle handelte, bei denen bereits vorher Salvarsan und Quecksilber, zumeist sogar mehrmals zur Anwendung kam.

Es ist aber nicht ausgeschlossen, daß wir durch eine prolongiertere Jodtherapie noch bei mehreren Fällen eine negative Reaktion erzielt hätten, denn es gab unter unseren übrigen, positiv gebliebenen 24 Fällen vier solche, wo sich die ++++ WR am Ende der Kur abschwächte (dreimal ++, einmal +). Da jedoch diese Ergebnisse schwanken, wollen wir dieselben mit den obigen sicheren Angaben nicht vergleichen. Übrigens legen wir das Gewicht auch nicht auf die Höhe der Perzentuation, sondern auf das Prinzip der Jodwirkung.

Aus den obigen Angaben erhellt, daß wir die auffallendste Wirkung der Jodtherapie bei latenten Fällen erzielt haben, demzufolge wir eher Hirsch als Sahm zustimmen.

Was aber vor allem unser Interesse erregen muß, ist die Tatsache, daß das Jod in entsprechender Quantität mit Ausdauer und systematisch angewendet, die positive WR in einem bemerkenswerten Prozentsatz beeinflußt und daher künftig auch in dieser Hinsicht mehr Beachtung verdient, als dies bisher der Fall war. Das ist auch um so mehr zu wünschen, weil das Jod ein solches Heilmittel ist, das — abgesehen von überaus seltenen Ausnahmen — weder schwerere Vergiftungen, noch andere Schädigungen verursacht.

Literatur.

E. Biezobrro, M. Kl., 1910, Nr. 31. — Blumenthal, Derm. Zschr., Bd. 17. — Citron, B. kl. W., 1914, Nr. 13. — Engwer, M. m. W., 1917, Nr. 23. — W. Fischer, Arch. f. Derm., 1910, Bd. 100. — Fröhlich, W. kl. W., 1921, Nr. 10. — A. Hirsch, Derm. Zschr., Bd. 38, H. 5. — Höhne, B. kl. W., 1919, Nr. 19. — Jadassohn, Arch. f. Derm., Bd. 86. — Fr. Jess, M. m. W., 1921, Nr. 11. — H. Mühsam, Zschr. f. ärztl. Fortb., 1910, Nr. 1. — J. Neumann, Syphilis, 1896. — Sahm, Arch. f. Derm., Bd. 132. — Schramek, W. kl. W., 1914, Nr. 4.

Digitized by Google

Versammlungen.

Wiener Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 26. März 1925.

Vorsitzender: Spitzer. Schriftführer: Gruß.

F. Freund: **Sclerodermia diffusa.** 34jähr. Frau. Beginn der Erkrankung vor 5 Jahren. Sklerodaktylie mit Akrozyanose, sklerodermatische Veränderungen der Regio olecrani und entlang der Ulna beider Arme, maskenartiges Gesicht, Verkürzung der Lippe und Lippenbändchen, Atrophie des Alveolarfortsatzes des Unterkiefers. Röntgenologisch die Proc. unguiculares sämtlicher Phalangen fast vollkommen zerstört, die Endphalangen zum Teil zugespitzt. Sella turcica nicht verändert. Intern: Apikale Tuberkulose und Milztumor. Die Prüfung des vegetativen Nervensystems ergab keine Störung.

F. Freund: **Sclerodermie en plaque.** Typische handtellergroße Morphaea von Elfenbeinfarbe mit Pigmentflecken, umgeben von violettem Hofe. Keine Störung der endokrinen Funktionen nachweisbar. Sympathikotonie.

F. Freund: **Livedo reticularis pigmentosa (calorica).** Entstand bei der 17jähr. Pat. nach zweijähriger Arbeit in der unmittelbaren Nähe eines stark geheizten Ofens. Cutis marmorata der unteren Extremitäten, deren netzartige Zeichnung an den Unterschenkeln in ein intensiv braunviolettes, pigmentiertes Netzwerk übergeht. An mehreren Stellen befinden sich in diesem Netz linsen- bis über bohnengroße, flach erhabene, stärker pigmentierte Stellen mit leichter Schuppung und geringer oberflächlicher Infiltration.

Wolf: **Psoriasis guttata.** An der Streckseite der Hände zeigen die Effloreszenzen gewisse Ähnlichkeit mit Verrucae planae oder Lichen ruber planus.

Remenovsky: **Ausgedehnter Tierfellnävus** des ganzen Rückens, der symmetrisch begrenzt, teilweise über Axilla und Schulter nach vorn übergreift und sich mit krausenartigem Band auf den Hals fortsetzt. Die dunkel pigmentierten, stark behaarten Hautpartien zum größten Teil glatt, stellenweise aber tumorartig erhaben. Mehrere isolierte, kreisförmige Herde an Kapillitium, rechten Oberarm, ad nates. Erbliche Verhältnisse nicht nachzuweisen. Behandlung mit CO_2 an den freien Halspartien.

Löwenfeld: **Lupus und Epitheliom.** Demonstration der von Nobl in der vorigen Sitzung demonstrierten Pat. exzidiert und gethiersecht. Histologisch in dem einen Herd verhornendes Plattenepithelkarzinom, im anderen Lupus vulgaris.

Kantor: **Lichen ruber planus.** Die 51jähr. Pat. zeigt an beiden Fußrücken neben verrukösen Formen schöne Gemmen und eine eigenartige Schuppung. Übriger Körper und Schleimhäute frei.

Nobl: **Arthritis psoriatica.** 25jähr. Beamtin, seit 10 Jahren Psoriasis mit häufigen Ausbrüchen. Vor 2 Jahren polyartikuläre Gelenkserkrankung (Fuß-, Zehen-, Hand-, Hüft- und Kiefergelenke). Derzeit keine Hauterscheinungen. Deformierende Auftreibung der Finger-, Zehen- und Sprunggelenke. Ellenbogen verdickt, leicht ankylotisch. Im Röntgenbild: hochgradige Veränderungen in den Phalangealgelenken der rechten Hand; namentlich die Endgelenke zerstört und in Subluxationsstellung (Knorpelschwund, Knochenatrophie). Es werden Sulikollinjektionen gemacht. Ähnliche Gelenksprozesse können durch Gonorrhoe hervorgerufen werden, ebenso zeigen die seltenen gonorrhoischen Keratosen ein den psoriatischen Effloreszenzen verwandtes Bild. Die Kombination der Psoriasis mit Gelenksaffektionen wurde vielfach als Stütze einer neurotrophischen Ätiologie des Leidens verwertet.

Aussprache: Sachs beobachtete einen 57jähr. Pat. mit ausgebreiteter Psoriasis vulgaris und Arthropathien. Es waren mit Ausnahme der Karpalgelenke sämtliche Gelenke, besonders die Fingergelenke der rechten Hand befallen. Die Röntgenuntersuchung ergab hier destruktive Veränderungen mit appositiven Erscheinungen, ferner Einschmelzung des Gelenksknorpels mit Tendenz zur Ankylosierung. Nach fünf intravenösen Injektionen einer 20%igen Natrium-salicylicum-Lösung à 10 ccm vorübergehende Besserung. Bei Ausbruch neuer Psoriasiseffloreszenzen stärkere Schmerzen in den befallenen Gelenken, beim Abklingen der Hauterscheinungen Nachlassen der Schmerzen. WR negativ.

Rusch: **Pityriasis lichenoides.** 23jähr. Mädchen mit akut aufgetretener Erkrankung. Zwischen typischen makulösen und papulösen, teilweise hämorrhagischen

Digitized by Google

Effloreszenzen vereinzelte, schwärzlich verfärbte, weil blutig suffundierte nekrotisierende Knötchen, offenbar hervorgegangen aus papulopstulösen Vorstadien, also ein Beispiel jener seltenen hämorrhagisch-exudativ-ulzerösen Formen, wie sie **Mucha** zuerst beschrieben hat. Demonstration histologischer Präparate.

Rusch: **Psoriasis mucosae oris.** In der letzten Sitzung vorgestellter Mann mit Psoriasis vulgaris und eigentümlichen leukoplakie-ähnlichen Veränderungen an der Mundschleimhaut. Die demonstrierten histologischen Präparate zeigen eine beträchtliche, aus Lymphozyten und Bindegewebszellen sich zusammensetzende Infiltration des Papillarkörpers, Akanthose des Epithels, dessen 5—6 obersten Zellreihen aus langgestreckten, dichtgefügten Elementen mit färbbaren Kernen bestehen, deren Protoplasma hingegen deutliche Keratinreaktion geben (Gelbfärbung nach van Gieson, Schwarzfärbung nach Grams Methode). Man darf diesfalls wohl von parakeratotischen Erscheinungen am Epithel sprechen und hätte demnach das Recht, diese Beobachtung jenen spärlichen anzureihen, die auf Grund namentlich dieses Argumentes als Psoriasis vulgaris der Schleimhaut angesprochen werden.

Aussprache: **Kren:** Das histologische Bild des schon klinisch von Kren angezweifelten Falles ist keineswegs typisch für Psoriasis. Das massige Infiltrat des Papillarkörpers könnte ebensogut einem Lichen ruber planus, wie einer Leukoplakie entsprechen. **Nobl:** Die Frage der Mitbeteiligung der Mundschleimhaut an den Erscheinungen der Schuppenflechte ist bis heute keineswegs befriedigend beantwortet. Was in der Literatur hierüber als bejahend ausgewiesen erscheint, ist nichts weniger als überzeugend. Rein klinisch betrachtet, kann die Veränderung bei dem Pat. weder als Leukoplakie geläufiger Beschaffenheit, noch als L. planus angesprochen werden. Was das Gewebeverhalten betrifft, so wäre in der stärkeren entzündlichen Infiltration kein Argument gegen die Psoriasis zu erblicken (exsudative Variante). Die Auslegung der P. als Epitheliose, zu welcher sich Kyrle bekennt, würde durch das Vorkommen einer echten Schleimhautpsoriasis nicht widerlegt werden.

Rusch: **Lichen scrofulosorum.** Histologische Präparate des sogenannten planen Typus. Die tuberkuloiden, scharf abgesetzten Knötchen sitzen am oberen Gefäßplexus, ohne besondere Lagebeziehung zu Follikeln und Drüsen.

E. Spitzer: **Lichen-ruber-planus.** Effloreszenzen im Sulcus coronarius, am Skrotum, an Armen und Beinen.

E. Spitzer: **Gewerbliche Schwefelsäureverätzung.** Lokalisiert an den Fingerkuppen bei einem Eisenblecharbeiter.

E. Spitzer: **Narbenkeloide.** Entstanden nach Stichverletzungen und bei dem Versuche, Tätowierungen durch heiße Milch zu entfernen.

E. Spitzer: **Korymböse Lues.**

E. Spitzer: **Dermatitis herpetiformis Duhring.**

Königstein: **Morbus Fordyce.**

Wertheim: **Neurofibromatosis Recklinghausen.** Typischer Fall. Besonders hervorzuheben: zahlreiche stecknadelkopfgroße Naevi vasculosi und dunkelbraune kleinfleckige Pigmentierungen der Iris beiderseits, die den ephelidenartigen Pigmentflecken an der Haut entsprechen.

Wertheim: **Naevus pigmentosus unius lateris.** Daneben verstreute Pigmentnävi und Naevi vasculosi. Es wird auf die Beziehungen dieses Falles zu den Abortivformen der Neurofibromatosis Recklinghausen hingewiesen.

Wertheim: **Narben nach Morphiuminjektionen.** In der Unterbauchgegend, an beiden Oberschenkeln, im oberen Drittel der Unterschenkel, und zwar an den Vorder- und Seitenflächen zahllose kreisrunde, zum Teil wie gestanzt aussehende, bis kronenstückgroße Narben. Pat. war durch viele Jahre Morphinistin und gibt an, daß an den Injektionsstellen oft Abszesse auftraten, die unter Hinterlassung dieser Narben heilten.

Sussmann: **Sarcoma idiopathicum.**

Randak: **Framboesia luetica.**

Fuhs: **Pityriasis lichenoides.** 21jähr. Pat. mit einem Exanthem aus bis linsengroßen mattgelbroten Papeln ohne und mit Horndeckel, bzw. marienglasartiger Schuppung an Stamm und Extremitäten. Zwischen den Knötchen finden sich gelblichbraune runde und ovale Fleckchen, in deren Bereich die Haut ab und zu leichte atrophieähnliche zentrale Einsenkungen zeigt.

Fuhs: **Pemphigus foliaceus.** Bei der 69jähr. Pat. finden sich auf geröteter Haut an Stamm und Extremitäten zahlreiche scheibenförmige Erosionen. Diese sind mit benachbarten zu größeren polyzyklisch begrenzten Herden konfluiert. Zentral zeigen sie

Digitized by Google

teilweise jedoch mangelhafte Überhäutung. Peripher vergrößern sie sich durch kragenartige Unterwühlung der Epidermis, die auch auf Fingerdruck leicht abstreifbar erscheint. Übelriechende blätterteigartige Schuppenkrusten bedecken ähnliche Efflorescenzen an Gesicht und behaartem Kopf. Lebhafte Konjunktivitis. Übrige sichtbare Schleimhäute erscheinungsfrei. Zytologisches Blutbild annähernd normal.

Arzt: **Mycosis fungoides.** In der Sitzung vom 5. III. 1925 demonstrierter Fall nach einmaliger Röntgenbestrahlung ($^1/_2$ HED.). Weitgehender Rückgang der Erscheinungen.

Arzt: **Exulzeriertes Plattenepithelkarzinom.** 45jähr. Tagelöhner. Beginn der Erkrankung mit einer Warze im Jahre 1923. Derzeit den ganzen Nacken einnehmendes und weit ins Kapillitium sich erstreckendes Geschwür, das die tiefe Nackenmuskulatur bloßlegt. Die Ränder sind leicht eleviert, seitlich am Hals Narben, geringe Drüsenschwellung. Histologische Verifikation.

Kren-Wien.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

VIII. Kongreß der Schweizerischen Dermatologischen Gesellschaft.

Luzern, 13. und 14. September 1924.

(Nach dem Bericht in Schweiz. m. W., 1925, Nr. 14, S. 302—310.)

Hauptthema: **Die Berufsdermatosen.**

Bloch-Zürich: **Wissenschaftlicher Teil.** (Schweiz. m. W., 1925, Nr. 5. Ref. diese Wschr., Bd. 80, S. 692.)

Winkler-Luzern: **Klinischer Teil.** (Schweiz. m. W., 1925, Nr. 14 u. 15. Ref. diese Wschr., Bd. 81, S. 1093.)

Heller-Luzern: **Versicherungstechnischer Teil.** (Schweiz. m. W., 1925, Nr. 16. Ref. diese Wschr.)

Diskussion: Jadassohn fügt einige kasuistische Ergänzungen aus eigenem Material bei und spricht über die Bedeutung der Sensibilisierung bei manchen Berufsekzemen. Es wäre festzustellen, ob nicht jedes Individuum durch genügend lange Applikation sensibilisiert werden könne. Bei generalisierten Dermatosen gibt es augenscheinlich refraktäre Stellen (das Umgekehrte der fixen Exantheme), was vielleicht die auffallend zirkumskripte und fixe, durch die Art der Beschäftigung nicht erklärte Lokalisation vieler Berufsekzeme an den Händen erklärt.

Naegeli: Für die Bedeutung traumatischer Einwirkungen bei der Entstehung der Gewerbeekzeme wurden experimentelle Untersuchungen angestellt, nach denen es nicht unwahrscheinlich erscheint, daß der auch im Anschluß an Traumen erfolgende Abbau von Proteinspaltprodukten, ebenso wie andere unspezifische lokale Reaktionen, besonders Pyodermien, Anlaß zu einer Sensibilisierung geben kann. Epithelläsionen und besonders Schürfungen geben verschieden hochgradig ekzematogen wirkenden Substanzen in dem freiliegenden Stratum mucosum günstigere Angriffsflächen und bessere Resorptionsbedingungen. Bezüglich der Sensibilisatoren ist die Forschung noch sehr im Rückstand; oft hat man den Eindruck, als ob die Disposition alles, der Reiz nichts ist. Die Disposition kann dauernd angeboren oder erworben oder temporär sein.

Lassueur: **Cancroides et Radium** (Hautkarzinome und Radium). Projektionsbilder zeigen die überaus schönen Erfolge der Behandlung.

Miescher: Radium und Röntgenstrahlen leisten das gleiche; an der Schleimhaut hat Radium nach der Ansicht mancher Autoren bessere Erfolge. Die Kankroide sind sicher durch Röntgen- und Radiumbehandlung heilbar, doch kann Behandlung mit ungenügenden Dosen die Strahlenempfindlichkeit eines Karzinoms herabsetzen, so daß sonst heilende Dosen versagen; in solchen Fällen ist chirurgisch vorzugehen.

Digitized by Google

Dind: **Ekzéma et nourisson** (Ekzem und Säugling). (Erscheint in der Schweiz. m. W.) Hedinger glaubt, daß die „Ekzemtodesfälle" alle infektiöser Natur seien.

Hedinger: **Über Dermatitis uraemica.** Die Haut scheidet kompensatorisch für die erkrankte Niere Harnstoff aus; die Seltenheit urämischer Hautaffektionen ist auffallend. In einem Falle schwerer urämischer Dermatitis zeigten sich ziemlich symmetrisch an Händen und Füßen ausgedehnte erythematöse Flecken, Blasen und Epidermisdefekte; mikroskopisch Ödem der Epidermis und Blasenbildung teils in der Epidermis, teils zwischen Epidermis und Kutis, Nekrosen und Ulzera, die bis in die Kutis reichen, herdweise Ödem der Kutis und besonders starke Erweiterung der Gefäße mit praller Blutfüllung und seltener perivaskulärer Infiltration mit wenig Leukozyten und Lymphozyten. Die entzündlichen Veränderungen der Kutis im Gegensatz zu anderen Beobachtungen auffallend gering.

Hedinger: **Über Hautkarzinome.** 1. Typischer Zylinderzellenkrebs, von den Schweißdrüsen ausgehend, mit starker plasmazellulärer Infiltration des Stromas, an einigen Stellen an Plasmozytom erinnernd. 2. Zirkumskripter Basalzellenkrebs am Grunde einer hyperkeratotischen Hautwarze.

Bloch: 1. **Lupus pernio.** Beginn mit Nasensymptomen; bemerkenswert das primäre und außerordentlich starke ausgedehnte Befallensein der Schleimhäute, die eine Tracheotomie erforderten, Zerfallserscheinungen im Gesicht, akute Aussaat akneiformer Efflorescenzen. Tuberkulose nicht nachweisbar.

2. **Lupus erythematosus kombiniert mit Atrophia cutis maculosa und Acrodermatitis atrophicans.**

3. Fall von **Mycosis fungoides.** Seit 20 Jahren bestehend, vor einem Jahre nach Totalbestrahlung des ganzen Körpers (jede Stelle ungefähr 16—20 X) Rückgang, jetzt Rezidiv.

4. **Ausgedehnte Xanthomatose (Xanthelasmen, Xanthomes en tumeurs) kombiniert mit Diabetes und Lues.** Klinisch Bild eines nichtdiabetischen Xanthoms.

Naegeli-Bern: 1. **Lokalisiertes Bromoderma tuberosum.** Verschiedenartige Reizversuche; unspezifische Reaktionen sensibilisierten scheinbar die Haut für Entstehung des Bromoderms; polyvalente Überempfindlichkeit bei einsinniger Reaktion.

2. **Gruppierte Milienbildung** an Ohren, Wangen, Nasenspitze. Stellenweise deutliche Hyperkeratose und entzündliche Veränderungen. Histologisch follikuläre Hyperkeratose, sehr zalreiche Hornzysten, Fremdkörperriesenzellen und Rundzelleninfiltrate. Zystischer Nävus, wobei entzündliche Reaktion infolge der schubweisen Entstehung der als Fremdkörper empfundenen Milien entstanden oder Lupus erythematosus mit Milienbildung.

3. **Essentielle Teleangiektasien,** daneben Lupus erythematosus, Sklerodermie, Lungentuberkulose. Die fleckförmigen Teleangiektasien an von Lupus erythematosus freien Stellen, plötzlich während schwerer Grippe bei 40 Grad aufgetreten. Keine Zeichen von Endarteriitis, dagegen Veränderungen im Bindegewebe.

4. **Lupus erythematodes oder Boeckscher Sarkoid?** Klinisch Ähnlichkeit mit Boeckschem Sarkoid, histologisch jedoch Lupus erythematodes. Infiltrat tiefgehend.

Miescher: **Zur Histologie der Röntgenveränderungen.** Die (hier nicht näher wiederzugebenden) Befunde beleuchten das Wesen der latenten Röntgenwirkung und die Genese der Spätschädigungen. Die Auffassung einer geringeren Strahlenempfindlichkeit der mesodermalen Zellen als der epithelialen kann nicht richtig sein, die Reaktion der ersteren ist nur eine trägere, dafür aber nachhaltigere und verhängnisvollere. Die Vorstellung einer Bindegewebsreizung zur Erklärung der Wirkungsweise der Röntgenstrahlen bei der Karzinomtherapie muß fallengelassen werden.

E. Ramel-Zürich: **Dermatose naevoide linéaire atrophiante, compliquée d'epithéliome atypique** (Nävoide, lineäre, atrophierende Dermatose mit atypischem Epitheliom kompliziert). Das Epitheliom entwickelte sich bei der Pat. im Alter von 53 Jahren im Anschlusse an ein Trauma an der Stelle einer der vorher von Geburt an bestehenden Efflorescenzen.

2. **Lichen albus.** Die klinische Entwicklung und die Morphologie der Primärläsionen (polygonale Begrenzungen, follikuläre Hyperkeratose) entspricht dem Lichen albus oder Lichen atrophique-scléreux.

3. **Blastomycose hématogène** (Hämatogene Blastomykose). (Erscheint im Arch. f. Derm.)

O. Schürch-Zürich: 1. **Keratodermia maculosa disseminata palmaris.** Graugelbliche, kreisrunde, hornige Knötchen von 1—5 mm Durchmesser, im Zentrum leichte

Digitized by Google

Delle oder kleiner Krater; an den Fingerkuppen Effloreszenzen verschmolzen, förmliche „Kraterfelder". Keine entzündlichen Veränderungen. Heredität nachweisbar.

2. Acrodermatite continue (Hallopeau).

Nager: **Familiäres Auftreten von Epidermolysis bullosa dystrophica hereditaria.** Drei Geschwister aus konsanguiner Ehe. Auffallend die Mitbeteiligung des Kehlkopfes, die zur Tracheotomie, bei weiteren Geschwistern (zwei Zwillingspaaren) zur Erstickung führte. Auf der Haut Blasenbildung durch leichte Traumen, an der Schleimhaut ausgedehnte Narben in Form von Epithelverdickungen und subepithelialen Infiltraten, die zu Stenosen des Kehlkopfes, Beschränkung der Zungenbeweglichkeit und der Mundöffnung führten. Daneben an der äußeren Haut ichthyosiforme und atrophische Zustände.

Lutz-Basel: **1. Sycosis lupoides Brocq.** Narbig atrophische, livid verfärbte Haut, mit spärlichen Haaren und zahlreichen, besonders am Rande des Herdes an der Wange dichter stehenden, gelblichbräunlichen, ziemlich derben Papeln und Papulopusteln.

2. Fox-Fordyce Disease. Die Affektion ist am ehesten zur Gruppe der Neurodermitis zu rechnen.

3. Multiple Hämangiome bei 30jähr. Pat. im Gesicht, am Halse und auf der Brust, seit 6 Jahren entwickelt.

4. Bei 32jähr. Patientin Knoten am Oberschenkel, die aufbrachen, Eiter entleerten; Höhle gegen Umgebung durch deutliche Infiltration scharf abgesetzt. WR negativ, keine Syphilisanamnese. Pirquet positiv. In Frage kommt Erythema induratum, Skrofuloderm, Lues, eventuell Mykose. Nachträglich trat nach wenigen Spritzen Silbersalvarsan Heilung ein, so daß wohl maligne Lues in Frage kommt.

5. **Granuloma annulare.** Herde auf dem behaarten Kopf, seitlich am Hals und seitlich am Abdomen, die zunächst an Lichen ruber annularis erinnern, histologisch deutlich tuberkuloider Bau. Pirquet stark positiv. Jadassohn erwähnt im Anschluß an die vorherbezeichnete Ähnlichkeit der klinischen Bilder die sogenannten klinischen Übergangsfälle von Lupus vulgaris, Sarkoid, Granuloma annulare, Lichen ruber.

M. Winkler-Luzern: **1. Fall von Epitheliom der Haut mit Beteiligung der Conjunctiva bulbi.** Da der Bulbus stark bedroht erschien, konnte keine Rede davon sein, bei der Strahlenbehandlung das Auge zu schützen. Die Behandlung wurde jedoch im allgemeinen gut vertragen, erst bei stärkeren Dosen trat von Zeit zu Zeit rezidivierende Keratitis auf.

2. Fall von Basalzellenkrebs. Heilung nach Behandlung mit 30 X, zuerst ohne Filtration, dann durch 2 mm AlF.

3. Fall von Dermatosklerose der Unterschenkel. Sklerodermieartige Affektion mit Schmerzen ohne Lilaring und mit entzündlichen Erscheinungen. Vielleicht Sklerödem.

4. Fall von Sarkoid. Früherer Lupusherd über dem rechten Unterkiefer exstirpiert, jetzt daselbst flaches, ins Unterhautzellgewebe eingelagertes Infiltrat, das sich auf Röntgen und Arsen intern zurückbildete. Keine histologische Untersuchung.

5. Fall von Erythrodermie congénitale ichthyosiforme cum Hyperepidermotrophie. Beginn einige Wochen post partum mit roten Flecken an den Fußsohlen. Jetzt Haut am ganzen Körper trocken, Schuppenbildung an Gesicht, Rumpf, Armen, Beinen; an Hals, Achselhöhlen, Ellenbeugen, Kniekehlen starke, epidermoidale, leistenförmige Wucherungen mit dicken, gräulichen Hornauflagerungen.

6. Fall von Sklerodermie. Ungewöhnliche Lokalisation am Ohr. Behandlung: Cöliacintabletten (aus präparierten Mesenterialdrüsen des Schafes) und Massage mit Sulfogenol-Salizylsalbe.

7. Fall zur Diagnose. War auf dem V. Kongreß von Miescher als hämatogene, pemphigoide Pyodermie vorgestellt worden; seit 2 Jahren ohne Behandlung in Heilung übergehend.

M. Ganzoni: **Urticaria pigmentosa.** Auftreten erst im Alter von 25 Jahren. Mastzellen im Korium.

Miescher: **Casus pro diagnosi** (Entzündliche, tumorartige Sklerose). Von einem Knoten ausgegangene, plattenförmige Induration an Halsgegend, Wangen, Brust, Schultern, Rücken. Haut gerötet, verdickt, stark ödematös, tief und bretthart infiltriert; keine Zeichen von Einschmelzung, Narben. Entzündliche, wahrscheinlich infektiöse Sklerose.

Jadassohn: Die weichen, durchscheinenden, erhabenen Massen erinnern sehr an das Myxoedema tuberosum.

E. Ramel-Zürich: **Über die Rolle der Tuberkulose in der Ätiologie des Lupus erythematosus.** Unter 50 Fällen der Züricher Klinik litten $^2/_3$ nachweislich an Tuber-

Digitized by Google

kulose; Kombinationen mit papulo-nekrotischen Tuberkuliden und Erythema induratum kamen vor. Die Tuberkulinreaktion nach Manthou war in der Mehrzahl der Fälle positiv und, was für die spezifische Natur der Affektion wichtig ist, verlief sehr häufig mit Herdreaktionen. Inokulationen von den Herden ergaben in einigen Fällen positive Resultate. Immerhin beweisen die bisher bekannten Tatsachen nur die tuberkulöse Natur eines Teiles der Fälle. Unerklärt ist noch das von den sonstigen tuberkulösen Affektionen abweichende histologische Bild des Lupus erythematosus, das Fehlen der Tuberkelbazillen und der meist negative Ausfall von Impfungen. Diese auffallenden Tatsachen könnten auf einer elektiven Veränderung des Hautterrains beruhen, wogegen jedoch Versuche des Verf. mit Tuberkulinimpfungen an der gesunden Haut von an Lupus erythematosus leidenden Personen und die Kombination mit Erythema induratum sprechen. Oder es handelt sich um eine biologische Modifikation des Tuberkelbazillus selbst, durch den er das sonst charakteristische Färbungsvermögen verliert. Dafür spricht die in einem tödlich verlaufenen Falle von akutem Lupus erythematosus, in dem mit dem 3 Wochen vor dem Tode entnommenen Blute die Infektion von Meerschweinchen gelang, bei denen sich dann Tuberkelbazillen schlecht färbbar besonders unter der granulösen Form fanden. Der Lupus erythematosus ist den nichtfollikulären Formen der Tuberkulose anzugliedern. E. Levin-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Tuberkulose.

Immunbiologie der Tuberkulose. I. Teil. Tuberkulinempfindlichkeit und spezifischer Tuberkuloseschutz, von G. Bessau, Univ.-Kinderkl. Leipzig. (Kl. W., 1925, Nr. 8, S. 337.) Der spezifische Tuberkuloseschutz ist quantitativ begrenzt und ist an das Vorhandensein eines tuberkulösen Herdes geknüpft, dagegen beruht er nicht auf der Gegenwart von Antikörpern, was auch für die Tuberkulinempfindlichkeit zutrifft. Daher kann man die Tuberkulinempfindlichkeit auch nicht mit der Anaphylaxie identifizieren. Andererseits kann eine Tuberkulinallgemeinvergiftung von sich aus zu einer „Giftantianaphylaxie" führen, die ihrerseits nicht aus dem Tuberkulin direkt, sondern aus dem Material des Organismus stammt. Gegen die Identifizierung der Tuberkulinempfindlichkeit mit der Anaphylaxie sprechen zahlreiche Momente, so die Unmöglichkeit der passiven Übertragbarkeit der Tuberkulinempfindlichkeit, die Unfähigkeit des Tuberkulins, antigen zu wirken, die Langsamkeit der Tuberkulinallgemeinvergiftung, die Entstehung typisch tuberkulösen Gewebes am Orte der Lokalreaktion und anderes mehr. Im Gegensatz zur Anaphylaxie zeigt die Tuberkulinwirkung sowohl zeitliche wie quantitative, wie auch besonders qualitative Unterschiede. Der auffallendste ist, daß die Tuberkulinreaktion stets zentral und nie in der Peripherie ihr Maximum hat. Das Hauptcharakteristikum der Tuberkulinwirkung ist aber die Herdreaktion. Somit glaubt Verf. die Tuberkulinwirkung an das spezifische Gewebe mit spezifischen Zellen gebunden, an die „Tuberkulozyten", die auch histologisch — in gewissen Stadien als Epithelzellen — nachweisbar sind. Erst aus der Wirkung zwischen Tuberkulin und Tuberkulozyten entsteht ein anaphylaktisches Gift, das anaphylaktische Überempfindlichkeitserscheinungen hervorzurufen imstande ist. Sowohl die Tuberkulinempfindlichkeit wie auch der spezifische Tuberkuloseschutz sind an das Vorhandensein und die Funktion lebender Tuberkulozyten gebunden. Daher ist es auch nicht möglich, in einem nicht infizierten Organismus durch Tuberkulindarreichung einen Tuberkuloseschutz hervorzurufen, sondern nur durch Tuberkelbazillen, und zwar nach den Versuchen des Verf. auch durch tote. Auf diese Weise ist es möglich, auch dem Problem der Schutzimpfung näherzukommen, doch sind die Versuche praktisch noch nicht so weit, daß man dem Problem für die Allgemeinheit nähertreten könnte, sondern es ist noch vollständig auf den weiteren Versuch angewiesen. E. Langer-Berlin.

Immunbiologie der Tuberkulose. II. Teil. Tuberkulin-Diagnostik und Therapie, von G. Bessau, Univ.-Kinderkl. Leipzig. (Kl. W., 1925, Nr. 9, S. 385.) Ausführliches zusammenfassendes Referat, in dem sich der Verf. mit der Therapie und Diagnostik mittels Tuberkulin, hauptsächlich unter Berücksichtigung der kindlichen Tuberkulose, beschäftigt. E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Immunbiologie der Tuberkulose, von Bessau-Leipzig. (Mschr. f. Kinderheilk., 1925, Bd. 29, Nr. 4/5, S. 289.) (Vgl. auch vorige Referate.) Bei der Tuberkulinempfindlichkeit läßt sich eine gewisse Gesetzmäßigkeit feststellen. Die optimale Tuberkulintherapie wäre eine solche, die nur Herdreaktionen auslöst, die Lokalempfindlichkeit erhält und ein Absinken der Allgemeinempfindlichkeit erzielt. Diese Forderung wird die intravenöse Tuberkulintherapie erfüllen. (Beginn bei einer Tuberkulinverdünnung von 1:1 Milliarde). Zur Vermeidung des Zerfalls der Herde Darreichung von Jodlösung (Bier). Die Aussichten für die Chemotherapie sind gering. R. Ley-Kreuznach.

Zum Studium der Tuberkulinreaktion, von E. Moro-Heidelberg. (Mschr. f. Kinderhlk., 1925, Bd. 29, H. 4/5, S. 324.) Um die Erforschung der Tuberkulinreaktion näherzukommen, schlägt Verf. vor, auf indirektem Wege dieses Problem anzugreifen. So weist er auf die innige immunbiologische Verwandtschaft zwischen Trichophytie und Tuberkulose hin, die vielleicht zu weiterem Verständnis und Aufklärung beitragen kann. Auch die heftig umstrittene Frage der „Prokutine und Antikutine" ist keineswegs spruchreif und darf nicht von vornherein abgelehnt werden. R. Ley-Kreuznach.

Über den tuberkulotoxischen Begriff, von A. V. Frisch. (W. kl. W., 1925, Nr. 6, S. 163.) Zusammenfassender Vortrag über die experimentelle Erforschung der Wirkungsweise tuberkulotoxischer Substanzen. Schwierigkeit, im Tierorganismus einen isolierten tuberkulösen Herd zu erzeugen, von dem aus die Toxinwirkung zu studieren wäre. Das Tieren einverleibte Tuberkulin verschwindet sehr rasch aus dem Organismus. Wildbolz' intrakutane Harnreaktion und Imhoffs Methode des Nachweises aktiver Stoffe im Blute. Echte isolierte Phthisen mit hohem Fieber, Nachtschweißen usw. (sog. toxische Symptome) geben negative intrakutane Reaktion mit ihrem Serum. Dagegen geben benigne Fälle positive Reaktion. Die differenten Fälle chirurgischer Tuberkulose geben andere Resultate als die an Lungentuberkulösen angestellten Versuche. Daher die widersprechenden Angaben. Wahrscheinlich ist das zerfallende tuberkulöse Gewebe die Ursache für die toxischen Symptome. E. Schäfer-Göttingen.

Über die unspezifischen Faktoren der tuberkulösen Hautallergie, von P. György-Heidelberg. (Mschr. f. Kinderhlk., 1925, Bd. 29, H. 4/5, S. 331.) Der auffallende Parallelismus zwischen starker Tuberkulinempfindlichkeit und Verlangsamung der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei unkomplizierter Skrofulose läßt vermuten, daß die kolloidale Plasmastruktur des Blutes irgendwie mit der spezifischen Allergie der Haut gegenüber Tuberkulin im Zusammenhang steht. Außer den Eiweißfraktionen scheinen aber auch die Lipoidfraktionen der Blutflüssigkeit die tuberkulöse Hautallergie direkt zu beeinflussen. Verf. erinnert an die Steigerung der Allergie nach reichlicher Verfütterung von Eidotter (Moro). Gesetzmäßig gelang es mit Hilfe der perkutanen Tuberkulinmethode eine auffallende Verstärkung der Hautreaktion nach Zusatz von Eidotterlipoid hervorzurufen. R. Ley-Kreuznach.

Über die negative Phase, von Ossoinig-Graz. (Mschr. f. Kinderhlk., 1925, Bd. 29, H. 4/5, S. 357.) „Die negative Phase der Tuberkulinempfindlichkeit hat auch für die vakzinale Allergie Geltung. Letztere dauert durchschnittlich 3—5 Tage und verhält sich analog der negativen Tuberkulinphase. Der Eintritt der negativen Phase erfolgt bei beiden Antigenen schon wenige Stunden nach der ersten Einspritzung. Die Entwicklung der negativen Phase scheint im umgekehrten Verhältnis zur Entwicklung der provozierenden Reaktion zu stehen. Die pos. Phase setzt gewöhnlich nach 3—5 Tagen, manchmal aber schon nach 24—28 Stunden ein. Die Ursache der negativen Phase dürfte in humoralen Änderungen des Antikörpergehaltes gelegen sein." R. Ley-Kreuznach.

Studien zur Partigenlehre, von F. Mattausch. (W. kl. W., 1925, Nr. 7, S. 96.) Während an der diagnostischen Verwertbarkeit der positiven kutanen, intrakutanen und perkutanen Tuberkulinreaktion kaum jemand zweifelt, ist die prognostische Bedeutung der Reaktion umstritten. Die Lipoidbewegungen im tuberkulösen Organismus sind nach Deycke und Muchs Partigenlehre das allerwichtigste; sie werden jedoch bei den Tuberkulinreaktionen nicht berücksichtigt. Die gesonderte Prüfung der Hautempfindlichkeit auf die bazillären Eiweißstoffe (A), auf die Lipoide (F) und die Neutralfette (N), eventuell auf das lösliche tuberkulinähnliche Giftpartigen (L) ergibt einen feineren Einblick in das Kräftespiel des Organismus. Bei der Lungentuber-

Digitized by Google

kulose läßt sich verfolgen, wie bei schweren abwehrschwachen Phthisen die Reaktivität auf die Fettstoffgruppe des Bazillus abnimmt, während Empfindlichkeit gegenüber Partigen L und Eiweißpartigen A noch erhalten bleiben kann. Andererseits bei Zustandsbesserungen Zunahme der F- und N-Reaktion, Abnahme sehr starker A- und L-Reaktivität resp. Gleichbleiben derselben. Verwertbarkeit in therapeutischer Hinsicht wird besprochen. Dabei ist die Haut als Antikörperbildner von bedeutender Wirksamkeit zu betrachten. Dem widerspricht auch nicht die mesenchymatöse Theorie der zellulären Abwehrfunktionen (Stephan, Pfeiler, Keining, Rößle), wenn man Frieboes Untersuchungen über Menschen- und Tierepidermis folgt, die die gegenseitige Durchdringung von epithelialem und mesenchymalem Gewebe konstatieren.

E. Schäfer-Göttingen.

Über die Brauchbarkeit verschiedener Tuberkulinisierungsmethoden zu diagnostischen Zwecken, von H. Czickeli-Graz. (Mschr. f. Kinderhlk., 1925, Bd. 29. H. 4/5, S. 342.) Statistische Untersuchung über die Brauchbarkeit der einzelnen Methoden. Dabei kommt Verf. zu dem Resultat, daß die perkutane Methode nach Moro, angestellt mit konzentriertem Alttuberkulin (Höchst) und vorheriger Ätherabreibung, außerordentlich gute Ergebnisse liefert. Von 169 einfachen Moro-Reaktionen waren pos. 79 = 46,7%. Von 325 Moro mod. conc. waren pos. 261 = 80,3%. Von 153 Pirquet-Bohrungen (Originalmethode) waren pos. 102 = 66,6%. Von 496 Fällen mit nur einer Bohrung (ohne Kontrolle) waren pos. 285 = 57,7%.

R. Ley-Kreuznach.

Diagnostische Erfahrungen mit Professor Löwensteins Dermotubin, von Otto Kaan, Kinderheilstätte Krems. (M. Kl., 1925, Nr. 20, S. 742—743.) Die Dermotubinprobe nach Löwenstein zeigt mit außerordentlicher Genauigkeit (94%) Tuberkuloseinfektion an; keine Schädigungen, keine Allgemein- oder Herdreaktionen.

E. Levin-Berlin.

Über Versuche, dem Säugling mittels eines kombinierten Vakzinationsverfahrens aktiven Tuberkuloseschutz zu verleihen, von E. Moro, Kinderkl. Heidelberg. (M. m. W., 1925, Nr. 5, S. 172.) Der Gesunde wird durch Tuberkulin nicht allergisch gemacht. Dagegen gelingt es, positive Reaktionen auf Tuberkulin zu erreichen, wenn man vorher abgetötete Tuberkelbazillen einverleibt. Langer benutzte hierzu recht junge Kulturen. Moro impfte mit der Kuhpockenvakzine zusammen ein, wodurch er den Körper zwang, sich mit den Bazillen zu befassen. Das Tuberkulin wurde mit Intrakutanmethode einverleibt.

A. v. Notthafft-München.

Über Beeinflussung der Tuberkulinintrakutanreaktion durch Serum, von R. Treu-Neukölln-Berlin. (Kl. W., 1925, Nr. 10, S. 450.) Der Zusatz von Serum von aktiv oder inaktiv Tuberkulösen zum Tuberkulin scheint die Tuberkulinwirkung zu verändern, indem bei sofortiger Injektion nach der Mischung die Tuberkulinwirkung abgeschwächt wird, während diese meist verstärkt wird, wenn man das Tuberkulinserumgemisch erst 24 Stunden stehen läßt. Bei intrakutaner Verwendung war dagegen keine Differenz zu sehen, wenn man das Tuberkulinserumgemisch herstellte mit dem Serum von Patienten mit aktiver Lungentuberkulose oder mit dem Serum von Patienten mit inaktiver Lungentuberkulose oder solchen ohne tuberkulöse Lungenerscheinungen.

E. Langer-Berlin.

Die künstliche Erzeugung einer Tuberkulinempfindlichkeit mit abgetöteten Tuberkelbazillen, von H. Langer-Berlin-Charlottenburg. (Mschr. f. Kinderhlk., 1925. Bd. 29, H. 4/5, S. 346.) Durch Injektion von jungen, abgetöteten Tuberkelbazillen gelang es Verf., regelmäßig eine etwa 5 Monate lang währende Allergie gegen Tuberkulin hervorzurufen. Inkubationszeit und Wiederaufflammen der Injektionsnarbe bei nachfolgender Tuberkulininjektion sprechen für spezifische Allergie. In der gleichen Weise gelang es bei 9 von 10 tuberkulosefreien Säuglingen eine spezifische Allergie zu erzielen. In einer weiteren Versuchsreihe an Meerschweinchen scheinen die künstlich allergisch gemachten Tiere gegen eine spätere tuberkulöse Infektion bei weitem resistenter zu sein. Versuche an Säuglingen in gleicher Richtung sind noch nicht abgeschlossen. Es wäre wertvoll, wenn man durch diese künstlich hervorgerufene Allergie die tuberkulös gefährdeten Säuglinge wenigstens im ersten Lebensjahre vor der Infektion schützen könnte. Die Allergie nach der Injektion ist auch beim Kinde nach 5 Monaten noch nicht erloschen.

R. Ley-Kreuznach.

Biologische Tuberkulose-Diagnostik und -Therapie in der ärztlichen Praxis mittels Tuberkulinsalben, von E. Löwenstein-Wien. (W. kl. W., 1925, Nr. 5, S. 150.) Bei den Schwierigkeiten, die die Diagnose der beginnenden Tuberkulose, besonders

Digitized by Google

im Kindesalter, bietet, zumal wenn der Kosten wegen das Röntgenbild und die Durchleuchtung nicht herangezogen werden können, ist es erfreulich, in der Pirquetschen Impfung, in dem Tuberkulin in Salbenform (Ektebin-Moro) und in einem neuen Präparat, Dermotubin (Serotherapeutisches Institut, Wien), eine handliche und verläßliche Methode zu besitzen, um die Diagnose einer Tuberkulininfektion mit Sicherheit stellen resp. ausschließen zu können. Neben der Pirquetschen Impfung ist das Ektebin durchaus empfehlenswert, da es sich im Prinzip um die gleiche Reaktion handelt, mag sie sich auf, in oder unter der Haut abspielen. Das Dermotubin besteht aus eingedickter Glyzerinbouillonkultur der Tuberkelbazillen, enthält also ein konzentriertes Tuberkulin und abgetötete Tuberkelbazillen. Auf die entfettete Haut in der Gegend des Brustbeins wird ein Tröpfchen eingerieben. Die diagnostischen Resultate sollen vorzüglich sein; gute therapeutische Resultate werden erwartet.

H. Fendt-Wiesbaden.

Erfahrungen mit Ponndorf-Impfungen, von Burchard-Bückeburg. (M. m. W., 1924, Nr. 50, S. 1754.) Material: 1250 Kranke. Schädigungen nie beobachtet. Vorzügliche Erfolge bei allen Formen der kindlichen Skrofulose, Lymphdrüsentuberkulose, Schleimhaut- und Hauttuberkulosen. Bei Akne, Furunkulose und Achseldrüsenabszessen wurden, wenn auch nicht jedesmal, Erfolge gesehen; die Heilung geht oft mit überraschender Schnelligkeit vor sich. Abgesehen von anderen, hier nicht interessierenden Krankheiten wirkten die Impfungen auch noch günstig auf Menstruationsbeschwerden und Menstruationsgeruch, „nervöses" Kopfweh, Erysipel, Enuresis skrofulöser Kinder, Hyperidrosis manuum, Morbus Werlhofii und Venektasien.

A. v. Notthafft-München.

Syphilis.

a. Allgemeines und Historisches.

Syphilis ignorata, von J. Kowalski. (Moskowski Medicinski Journal, 1925, Nr. 3.) In der Zeit von 1914 bis 1923 befanden sich unter 1169 Fällen von Syphilis in der II. Moskauer Hautklinik 104 von S. ignorata, d. h. 9,5%. Betrachtet man diese Fälle nach Jahren, so schwankt ihre Ziffer von 1914—1918 exkl. zwischen 1% und 5,7%, um im Jahre 1919 gar auf 18% zu steigen. Seit dem Jahre 1920 beginnt ihre Anzahl wieder langsam zu fallen. Von diesen 104 Fällen waren 25 des Lesens und Schreibens kundige Frauen und 13 ebensolche Männer. 50 Frauen und 16 Männer waren Analphabeten. A. Jordan-Moskau.

Zur Kasuistik der syphilitischen Familienepidemien, von J. Kowalski. (Moskowski Medicinski Journal, 1925, Nr. 1.) Zu den schon früher von Bentowin, Eltzina und A. Jordan beschriebenen Fällen von familiärer Syphilis fügt Verf. die Statistik von 20 Familien mit 64 Erkrankungsfällen, gesammelt in der Zeit von 1914 bis 1922 in der Hautklinik der II. Moskauer Universität. A. Jordan-Moskau.

Über besonderen Verlauf der Syphilis während der Hungerjahre, von Pirlik. (Wratschebnoje Delo, 1925, Nr. 4.) Interessante Beobachtungen hat Verf. während der Hungerjahre an der Simferopoler Hautklinik (Prof. Sobolew) über den Verlauf der Syphilis angestellt. Die Unterernährung rief einen schwereren Verlauf hervor: Verkürzung der ersten Inkubation um 2 Wochen; Häufung der mehrzähligen, harten Schanker; Neigung zu pustulösen Hautausschlägen; Zunahme der tertiären Erscheinungen; äußerst stark ausgebreitetes Leukoderma, vielleicht in Abhängigkeit von Mitbeteiligung der endokrinen Drüsen; verlangsamte Wirkung der spezifischen Kur. A. Jordan-Moskau.

Contagion syphilitique au passage (Syphilis-Ansteckung unter der Geburt), von L.-M. Bonnet. (Lyon méd., 1925, Bd. 135, Nr. 16, S. 479—489.) Die Infektion eines Kindes während der Geburt wurde früher für den gewöhnlichen Weg der Syphilisübertragung seitens der Mutter gehalten, dann als überhaupt nicht vorkommend betrachtet; sichere derartige Fälle sind jedenfalls sehr selten. In dem beschriebenen Falle handelte es sich um eine 4 Wochen vor der Entbindung aufgenommene Prostituierte ohne Syphilisanamnese und Erscheinungen, mit negativer WR, die noch in den letzten Tagen Verkehr gehabt hatte. Entbindung am normalen Ende der Schwangerschaft, gesundes Kind. Dieses zeigt ungefähr nach 4 Wochen zwei Erosionen auf dem behaarten Kopfe, die erst 3 Wochen später als Primäraffekte (typisches klinisches Aussehen, Spir. +) erkannt werden. Die Mutter, die anscheinend bei der inzwischen erfolgten Entlassung nicht weiter untersucht worden war, obwohl sie einige Tage zuvor roseolaartige Flecke gezeigt hatte, wies jetzt Papeln an den

Digitized by Google

Labien und eine im Abblassen begriffene Roseola auf. Die Infektion des Kindes während der Geburt durch die Mutter ist in diesem Falle sicher, da andere Kinder oder sonstige Personen mit Syphilis sich zu der fraglichen Zeit nicht in der Anstalt befanden und auch die Zeit der Erkrankung der Mutter und des Kindes mit der theoretisch für eine solche Infektion in Frage kommenden gut übereinstimmen. Es ist dafür notwendig, daß zur Zeit der Entbindung die Mutter Trägerin infektiöser Erscheinungen ist, das Kind jedoch noch nicht syphilisiert oder immunisiert ist. Das ist während der ersten 10—12 Tage des mütterlichen Schankers der Fall. Auch die übrigen in der Literatur enthaltenen sicheren derartigen, hier wiedergegebenen und analysierten Fälle zeigen ein Alter des Schankers bis zu höchstens 18 Tagen.

E. Levin-Berlin.

Lues und Karzinom, von O. Sachs. (W. m. W., 1925, Nr. 9, S. 527.) Eigene Beobachtungen — Verf. teilt auszugsweise die Krankenblätter von 11 Fällen mit — und die Mitteilungen aus der Literatur zeigen deutlich, daß die Lues in der Karzinomgenese als prädisponierendes Moment eine wesentliche Rolle spielt. Es kommen besonders die spezifischen Leukoplakien an den Lippen der Wangenschleimhaut und der Zunge in Betracht, ferner aber auch zerfallende Gummen und auch andere syphilitische Erscheinungen, z. B. Papeln. Diagnostisch spielt neben genauer Anamnese und sichtbaren Residuen der luetischen Erkrankung die WR eine wichtige Rolle. Therapeutisch handelt es sich im allgemeinen um chirurgische Beseitigung der Tumoren. Wichtig ist die Prophylaxe, indem man danach streben muß, den Syphilitiker möglichst frühzeitig in die Behandlung zu bekommen und ausgiebig zu behandeln. Wichtig ist die oftmals allerdings sehr undankbare Behandlung syphilitischer Leukoplakien, die nicht nur spezifisch, sondern auch lokal-unspezifisch mit Mundspülungen, Pinselungen, Zahnbehandlung usw. therapeutisch angegangen werden müssen.

E. Langer-Berlin.

b. Pathologie und Klinik.

Le chancre de la gencive (Das Primärsyphilid am Zahnfleisch), von R. Miquel. (Pr. méd., 1925, Nr. 6, S. 90.) Das Vorkommen eines Schankers am Zahnfleisch ist nach M. in mehr als 100 Fällen schon beobachtet worden, meist bei Männern und recht oft durch Übertragung der Infektion bei zahnärztlichen Manipulationen veranlaßt, wenn auch nicht selten über andere Übertragungsarten berichtet ist. Die Lokalisation betrifft mit Vorliebe die vordere Fläche des Oberkiefers. Man kann zwei Formen unterscheiden: die gewöhnliche typische präsentiert sich als eine zirkumskripte Erosion, die ohne scharfe Grenze in die Umgebung übergeht, eine glatte Oberfläche und eine dunkel karmoisinrote Farbe hat; bei der atypischen Form handelt es sich um eine Ulzeration ohne charakteristische Begrenzung und ohne die sonst vorhandene Glätte und Färbung. M. bezeichnet die Prognose im allgemeinen als gut, obwohl hierbei wie auch bei anderen Fällen von Lokalisation des Primärsyphilids in der Kopfregion ernste Affektionen der Nervenzentra zu befürchten sind.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Le chancre des gencives (Das Primärsyphilid am Zahnfleisch), von L. Lortat-Jacob u. J. Roberti-Paris. (Pr. méd., 1925, Nr. 32, S. 523.) Bericht über zwei Fälle. I. Ein 21jähr. junger Mann konsultierte wegen einer Erosion am Zahnfleisch und einer submaxillaren Drüsenschwellung nacheinander einen Chirurgen, einen Stomatologen, einen Arzt für innere Krankheiten, einen Rhinologen und wiederum einen Stomatologen, und ließ sich auch einen Zahn ziehen, was eine bedenkliche Drüsenentzündung im Gefolge hatte. Die richtige Diagnose wurde erst gestellt, als Pat. wegen sekundärer Läsionen am Skrotum zum Dermatologen kam. Auf Arsenobenzol prompte Heilung. II. Ein 55jähr. Eisenbahnarbeiter kommt wegen eines angeblich etwa 8 Tage bestehenden diffusen (luetischen) Ausschlags zur Behandlung. Das Primärsyphilid fand sich in Gestalt einer fast vernarbten karmoisinroten Erosion am Zahnfleisch im Bereich der Schneidezähne. Pat. will dieselbe vor etwa 2 Monaten zuerst bemerkt haben und führt sie zurück auf Infektion durch Trinken aus der Flasche eines Kameraden. Verff. schildern die beiden Formen des Zahnfleischschankers, die normale und die anormale, unter Beifügung von Photographien von Moulagen im Museum St. Louis und betonen, daß die Affektion häufiger vorkommt als meistens angenommen wird, wenn auch selbst Fournier unter 10000 Pat. nur 11 solche Fälle verzeichnet hat und nach Klauder (1920) bisher im ganzen nur 112 Fälle in der Literatur verzeichnet sind. A. Philippi-Bad-Salzschlirf.

Digitized by Google

Über atypische Schankerformen, von Tschebotarewa. (Wratschebnoje Delo, 1925, Nr. 8.) Infolge des durch Hunger und mangelnde Reinlichkeit in den Hungerjahren veränderten Terrains hatten sich in den genannten Jahren die charakteristischen Merkmale des harten und weichen Schankers nach Beobachtungen der Verf. in der Charkower Hautklinik sehr verändert. Wie die bakteriologische Untersuchung nämlich erwies, gab es 600 klinisch harte Schanker, welche sich als weiche entpuppten, und umgekehrt. In einer dritten Reihe von Fällen fand sich als Ursache der bald als weicher, bald als harter Schanker auftretenden Geschwüre: das Bacterium coli communis und der Staphylococcus aureus. A. Jordan-Moskau.

Trois observations typiques de rhumatisme polyarticulaire chronique déformant syphilitique. A l'appui des idées de M. Henri Dufour (Drei Beobachtungen von typischem, syphilitischem, chronischem, deformierendem, polyartikulärem Rheumatismus. Zur Stützung der Ideen von Henri Dufour), von H. Géniaux, Averinos, Jules Broca. (J. méd. Paris, 1925, Nr. 15, S. 314—315.) In allen 3 Fällen (1 kongenit. Syphilis) war die Syphilis vorher nicht erkannt worden, es bestand keine Anamnese, WR teils negativ, teils schwach positiv. Schwerste deformierende Gelenkveränderungen mit absoluter Unfähigkeit, eine Tätigkeit auszuüben. Nach mehreren erfolglosen Behandlungen wesentliche Besserung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durch spezifische Behandlung. E. Levin-Berlin.

Formes cliniques de la syphilis articulaire de l'adulte (Die klinischen Formen der Gelenksyphilis des Erwachsenen), von Gilbert-Dreyfus und Pierre Bourgeois. (Gaz. Hôp., 1925, Nr. 31, S. 501—506, Nr. 33, S. 533—538.) Die verschiedenen, unter dem Bilde von Arthralgien, subakuten Synovitiden, Hydrarthros, gummösen Perisynovitiden, Osteoarthritiden auftretenden Formen werden eingehend geschildert. Die Erscheinungen sind sehr mannigfach, die örtliche Untersuchung gibt keine sicheren Anhaltspunkte für die Diagnose (Röntgen). Die Diagnose erfordert genaue Erforschung spezifischer Antezedentien und Stigmata. Der Ausfall der WR und ähnlicher Proben ist weder bei negativem noch bei positivem Ergebnis absolut beweisend, von Wert ist positive Reaktion im Gelenkpunktat. Oft kann die Diagnose nur durch den Ausfall der spezifischen Behandlung gestellt werden, die jedoch bei sehr alten, besonders unter dem Bilde chronisch rheumatischer Krankheit sich darstellenden Formen auch versagen kann. Ein umfangreiches, meist französische Arbeiten enthaltendes Literaturverzeichnis ist beigefügt. E. Levin-Berlin.

Die Erkennung chronischer spätsyphilitischer Gelenkserkrankungen (Arthro-Lues tardiva) in ihrer praktischen Bedeutung, von Schlesinger. (W. kl. W., Nr. 6, S. 166.) Die spätluetische Gelenkaffektion, die Arthro-Lues tardiva, ist keine seltene, sondern eine relativ häufige, allerdings nur manchmal richtig erkannte Erkrankung, welche vorwiegend der Internist und der praktische Arzt sehen. Bei jeder chronischen Gelenkaffektion muß man auch an die Möglichkeit einer luetischen Genese denken. Die Arthro-Lues tardiva ist ebensooft mon- als polyartikulär, sie kann akut oder schleichend, febril oder afebril beginnen, ohne oder mit Ergüssen einhergehen, deformierend oder nicht deformierend sein. Zur Diagnose ist wichtig die Anamnese, die aber oft versagt; auch die WR im Serum ist oft negativ. Offenbar ist in der Mehrzahl der Fälle die Gelenksaffektion eine sehr späte Manifestation der Syphilis. Beachtenswert ist die manchmal eigenartige Lokalisation. Wenn die Sterno-Klavikulargelenke aufgetrieben und schmerzhaft sind, so entsprechen diese Veränderungen einer bei Syphilis sehr häufigen Lokalisation; auffallend oft wurde auch eine Beteiligung des Kiefergelenkes und eine Erkrankung der Wirbelsäule im Verlauf der Arthro-Lues tardiva beobachtet; jedoch kann jedes Gelenk erkranken. Die Mehrzahl der Kranken hatte große Schmerzen mit nächtlichen Exazerbationen. Antirheumatika oder Antineuralgika sind ohne Erfolg; prompt wirken spezifische Mittel. Die im Blutserum oft negative WR wurde im Gelenkspunktat wiederholt positiv befunden; ebenso verhält es sich mit den Ausflockungsreaktionen; Spirochäten sind im Gelenkspunktat nicht nachgewiesen worden. Der Röntgenbefund ist meist nicht eindeutig und wenig beweisend. Von hohem diagnostischem Wert ist die „pharmakologische Reaktion", worunter Verf. typisch auftretende Reaktionen nach Einverleibung spezifisch wirkender Arzneikörper versteht. Salvarsan oder Wismut pflegen viel stärkere Reaktionen auszulösen als Quecksilber oder Jod. Bei der spezifischen Behandlung geht die Rückbildung der Erscheinungen bisweilen sehr rasch vor sich, oft erfolgt sie aber nur schubweise. Es ist zu empfehlen, mit Merkur und Jod zu beginnen, weil Salvarsan oder Wismut bei frisch behandelten Fällen

Digitized by Google

zumeist schwere Reaktionen hervorrufen. Die Endresultate sind im großen und ganzen befriedigend; oft kann nur eine wesentliche Besserung, jedoch keine völlige Heilung erzielt werden. H. Fendt-Wiesbaden.

Quelques aspects cliniques des manifestations articulaires de la syphilis tardive (Einige klinische Momente bei den Gelenksymptomen der Spätsyphilis), von M.-P. Weil u. P. Bourgeois-Paris. (Pr. méd., 1925, Nr. 33, S. 538.) Als nicht genügend gewürdigte Formen der spätsyphilitischen Gelenkaffektionen führen Verff. an: die unilaterale Hydarthrose, die späten Arthralgien und die von den endokrinen Drüsen herrührenden Störungen. Während im allgemeinen das symmetrische Auftreten der Hydarthrose als charakteristisch für die syphilitische Ätiologie anerkannt wird, kommen doch Fälle von einseitiger Erkrankung nicht absolut selten vor, namentlich im Verein mit leichteren tabischen Symptomen und eigentümlicherweise mehrfach in Verbindung mit Glykosurie und einem deutlichen Grade von arterieller Hypertension. In der Gelenkflüssigkeit ist die WR häufig positiv; der Befund an Formbestandteilen ist variabel, und der Nachweis von Spirochäten gelingt nicht leicht. Röntgenologisch lassen sich, vorwiegend bei den mit tabischen Erscheinungen verbundenen Fällen, Exostosen und Hyperostosen in mehr oder minder ausgesprochenem Grade beobachten. Die Arthralgien treten gewöhnlich als intermittierende, wechselnde und mehrere Gelenke nacheinander befallende Schmerzen auf. Sie bessern sich auf Salizylpräparate, kehren aber nach Aussetzen des Medikaments gewöhnlich wieder. Manchmal beobachtet man dabei ein leichtes periartikuläres Ödem. Bei sehr langer Dauer kann sich dabei ein ankylosierender chronischer Rheumatismus entwickeln. Eine von der Schilddrüse bzw. dem Ovarium ausgehende Beeinflussung der Gelenksymptome haben Verff. bei einem 38jähr. Mädchen beobachtet, bei dem zunächst Schmerzen und Versteifung an einigen wenigen Gelenken, Fingern, Schultern, Zehen usw. mit Ödem und entzündlicher Rötung einsetzten. Es folgte darauf eine Periode der Generalisierung der Symptome und 8 Monate später diffuse, schwarzbraune Pigmentierung der Haut im Verein mit Amenorrhöe und Intumeszenz des Uterus bei positiver WR. Auf spezifische Behandlung ausgesprochene Besserung.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Singolare osservazione di onicodistrofia in soggetto eredoluetico (Seltener Fall von Onychodystrophie bei einem heredoluetischen Individuum), von G. Bertaccini-Genua. Eine 25jähr. heredoluetische, bis zu ihrem 20. Jahre stets gesund gewesene Hausgehilfin magerte plötzlich ab und bemerkte, daß sämtliche Fingernägel distalwärts dunkler und härter wurden und daß die Nägel an den Zehen abzufallen begannen. Obj. Befund: Der auf die Hälfte seiner normalen Oberfläche reduzierte Nagel des r. Zeigefingers zeigt keine weiteren Besonderheiten. Die vom Nagel entblößte Fläche ist mit wuchernden grauen Hornmassen bedeckt. Ein Wall ist nur längs des vorhandenen halben Nagels sichtbar. Der Nagel des r. Daumens ist am distalen Ende von seiner Unterlage abgehoben. An den Füßen sind die Nägel durch steinharte, graugelbe Hornmassen ersetzt. WR positiv. Nach antiluetischer Behandlung — darunter 6 Sulfarsenolinjektionen — war beinahe das ganze Nagelbett des r. Zeigefingers von einem normalen Nagel bedeckt; am r. Daumen hingegen machte die Abhebung des distalen Nagelrandes weitere Forstschritte und seine Fläche war zur Hälfte zusammengeschrumpft. Auch am r. Ringfinger und an den beiden kleinen Fingern hatte die Abhebung begonnen. Doch waren nach 10 Trepolinjektionen sämtliche Fingernägel, wenn auch mit umgestülptem freien Rande, bis zur vollständigen Bedeckung des Bettes nachgewachsen. Ebenso auffallend wie unerklärlich ist, daß die abgelöste Partie der Nägel des Ring- und kleinen Fingers der r. Hand stärker wuchs als die dem Nagelbett unmittelbar aufliegende. Abweichend vom gewöhnlichen Befunde bei Onychia syph. fand man bei der Pat. keine wie immer geartete Veränderung der Nageloberfläche, keine Verdickung und keine Fragilität des Nagels, sondern bloß eine einfache Ablösung desselben. Mit Rücksicht auf die hereditäre Lues ist an eine Störung der Drüsen mit innerer Sekretion als Krankheitsursache zu denken. A. Loeffler-Triest.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

. 36 (Bd. 81) 5. September 1925

us der Abteilung für Hautkrankheiten der Budapester Graf Albert-Apponyi-Poliklinik (Vorstand: Prof. Dr. L. Török).

Über die sogenannte Urticaria chronica perstans.

Von

Dr. E. Lehner.

Unter dem Namen Urticaria perstans sind verschiedene Krankheiten, auptsächlich in der deutschen Literatur, beschrieben worden, welche von er eigentlichen Urtikaria vollkommen abweichen, denn die Effloreszenzen, ie dabei auftreten, sind keine Quaddeln, sondern derbe Knoten, welche icht flüchtig sind, sondern lange Zeit persistieren.

Diese Krankheitsformen wurden von Kreibich folgendermaßen eingeteilt:

1. Urticaria perstans simplex, bei welcher sich die eigentliche Quaddel erst im Verlaufe von 2—4 Wochen allmählich abflacht, um ich nach Ablauf dieser Zeit ohne Schuppung vollständig zurückzubilden.

2. Urticaria perstans papulosa, bei welcher die typische Efloreszenz eine derbe, rundliche, äußerst persistente Papel darstellt, welcher anatomisch ein leukozytärer Infiltrationsprozeß der Kutis entspricht. Erscheint die Oberfläche durch bedeutende Epithelhyperplasie warzenartig verdickt, so reiht er die Fälle in die Gruppe

3. Urticaria perstans verrucosa ein.

4. Urticaria pigmentosa.

Im folgenden teilen wir je einen Fall von sogenannter Urticaria perstans papulosa und verrucosa mit.

1. Urticaria perstans papulosa:

K. Z., 39jähr. Beamter. Vater an Krebserkrankung in seinem 70., Mutter an Apoplexie in ihrem 67. Lebensjahre gestorben. Sechs Geschwister sind gesund. Im Kindesalter machte er Diphtheritis durch, sonst war er bis zu seinem 25. Lebensjahre gesund. Damals begann seine Krankheit mit heftigen Jucken an zirkumskripten Hautbezirken, hauptsächlich am Stamm. An diesen zirkumskripten, heftig juckenden Stellen entstanden nach seiner Angabe quaddelartige, rote Effloreszenzen, welche sich in einigen Tagen zurückbildeten, allmählich wurden auch andere Hautstellen befallen, die nicht mehr rötlich und quaddelartig waren und länger dauerten. Innere Organe gesund. WR negativ.

Wir beobachteten den Fall 4 Jahre hindurch. Der Status hat sich seit dieser Zeit nicht wesentlich verändert, nur daß zeitweise größere oder kleinere Hautpartien beteiligt waren. Die Entwicklung der Hautveränderungen verläuft folgendermaßen: zuerst juckt die anscheinend gesunde Haut so heftig, daß die Nachtruhe gestört und dadurch das Allgemeinbefinden stark beeinträchtigt wurde. Nach kürzerem oder längerem Jucken und entsprechend längerem Kratzen und Scheuern entstehen linsen- bis bohnengroße, blaßrote, derbe, halbkugelige, teils aus der Haut hervortretende, teils in der Haut gelegene Knötchen, welche dicht nebeneinander sitzen. Die Haut selbst ist an

Digitized by Google

diesen Stellen verdickt und dunkler pigmentiert. Zahlreiche Knötchen werden zerkratzt und sind dann mit Krüstchen bedeckt. Zerstreut an der Haut findet man oberflächliche Narben, deren Größe den Papeln entspricht. Die Dauer der einzelnen Papeln ist eine sehr verschiedene. Es dauert 3 Wochen bis 6—8 Monate, bis sich eine Papel zurückbildet. Die Rückbildung erfolgt nach Angabe des Pat. schneller, wenn er die Papeln auskratzt. Oft konnten wir beobachten, daß an denselben Hautstellen, an denen sich die Papeln zurückbildeten, neue Papeln entstanden. Eine Verschlimmerung des Zustandes trat meistens bei nasser Witterung ein, wobei intensives Jucken und gleichzeitig neue Papeln entstanden. Eigentlich blieb keine einzige Hautstelle von den Erscheinungen frei. Am Stamm und den Extremitäten fanden sich stets Bezirke von kleinerem oder größerem Umfange, an welchen starkes Jucken und Papelbildung konstatierbar war. Seltener wurde das Gesicht, der behaarte Kopf, die Handteller und Fußsohlen befallen.

Mikroskopisch ließ sich an einer exzidierten Papel konstatieren, daß die Hornschicht dünn, das Rete etwas verdickt, die Retezapfen verbreitert waren. In der Kutis ist, dem Gefäßlauf folgend, ein perivaskuläres Infiltrat sichtbar. Die Infiltrate setzen sich zusammen aus mononukleären Rundzellen und aus Bindegewebszellen, vereinzelt sind Plasmazellen sichtbar. In den Papillen mäßiges Ödem, die fixen Gewebszellen sind vermehrt. Mastzellen sind nicht vorhanden.

Weder eine lokale noch eine Allgemeinbehandlung konnte den Zustand ändern. Strenge Diätvorschriften, Proteintherapie (Eigenblut-, Eigenserum-, Aolaninjektionen), Terpentininjektionen, Kalzium per os und intravenös, Atropinkur, Phlogetaninjektionen, Quarz- und Röntgenbehandlung konnten die Krankheit nicht im geringsten beeinflussen.

Die Erscheinungen weichen von der Quaddel insofern ab, als sie von längerem Bestande sind, und daß bei ihnen mikroskopisch die Gewebsreaktion (Vermehrung der fixen Gewebszellen) gegenüber der Gefäßreaktion in den Vordergrund tritt, was sich klinisch in der größeren Derbheit und geringeren Röte manifestiert. Der Fall bietet die größte klinische Ähnlichkeit mit Prurigo ferox, bei welcher ebenfalls dicht nebeneinander gelegene, derbe Knötchen entstehen, welche intensiv jucken, lange Zeit bestehen bleiben und ebenfalls jeder Behandlung trotzen. Die Anamnese (Beginn der Prurigo ferox im Kindesalter), die typische Lokalisation bei Prurigo ferox an den Streckseiten der Extremitäten unterscheiden sie aber von unserem Falle.

2. Urticaria perstans verrucosa.

Z. P., 38jähr. Frau. Eltern und 6 Geschwister leben und sind gesund. Sie hat 3 gesunde Kinder. Sie selbst war bis vor 3 Jahren gesund. Damals entstand ihre Krankheit. Im Anfang verspürte sie nur Jucken an verschiedenen Stellen der Extremitäten, später entstanden an diesen Stellen die Hautveränderungen. Innere Organe zeigen keine Veränderungen. WR negativ, Tuberkulinprobe negativ. Wir beobachten die Krankheit seit ihrem Beginn.

An den Extremitäten entstanden zerstreut erbsen- bis haselnußgroße, blaßrötliche, an der Hautoberfläche halbkugelig hervorragende Veränderungen, welche von einer Quaddel insofern abweichen, als sie lange Zeit persistieren, sich schon im Anfang derb anfühlen und nach kurzem Bestande an ihrer Oberfläche epitheliale Hyperplasie aufweisen, wodurch ihre Oberfläche gefurcht, lichenifiziert, an den Handtellern und Fußsohlen warzenartige Form zeigt, wobei sie eine graue Farbe einnimmt. Das Jucken ist nicht kontinuierlich, sondern tritt anfallsweise auf. Die Effloreszenzen stehen nicht dicht nebeneinander, sondern sind zerstreut, fast ausnahmslos an den Extremitäten und im Gesicht. Ihre Zahl beträgt ungefähr 50. Im Gesicht, hauptsächlich in der Nasolabialfalte und auf den Oberlippen, finden sich stecknadelkopf- bis hanfkorngroße, rötliche, die Hautoberfläche mäßig überragende Papeln. Am Stamm keine Veränderung nachweisbar.

Digitized by Google

Der Bestand der einzelnen Knoten ist ein langer. Nach einer Dauer von ungefähr 1 Jahr, oft auch nach längerer Zeit, verschwindet die Papel meist mit Hinterlassung einer geringfügigen Pigmentierung oder, wenn sie vorher aufgekratzt wurde, mit Hinterlassung einer oberflächlichen Narbe. Die Haut zwischen den Effloreszenzen ist normal.

Mikroskopische Untersuchung einer Papel von der Dauer von ungefähr 6 Wochen, ergab folgenden Befund: Das Stratum corneum ist verdickt, stellenweise kernhaltig. Das Rete ist verbreitert. In den Papillen und oberen Kutisschicht ist ein perivaskuläres Zellinfiltrat sichtbar, welches sich hauptsächlich aus mononuklearen Rundzellen, Fibroblasten und aus einzelnen Plasmazellen zusammensetzt. In den Papillen sind die fixen Gewebszellen deutlich vermehrt. Mastzellen nicht vorhanden.

Das Leiden konnte therapeutisch nicht beeinflußt werden. Arsen, Proteintherapie hatten keinen Nutzen, Röntgenbehandlung ohne Erfolg. Subkutane Injektionen von Glanduovin haben den Zustand wesentlich verschlimmert.

In der deutschen dermatologischen Literatur werden solche Fälle zumeist unter dem Namen Urticaria perstans verrucosa beschrieben. Brocq und Pautrier haben auf dem Budapester Kongreß 1909 unter dem Namen Lichen obtusus corné über 5 Fälle berichtet, welche den Fällen von Urticaria perstans verrucosa vollkommen entsprachen, und waren der Ansicht, daß diese Fälle von dem Lichen obtusus vulgaris zu unterscheiden sind und aus der Lichengruppe herauszunehmen und dem zirkumskripten Pruritus und der Lichenifikation anzureihen wären. Sie heben hervor, daß für diese Fälle das primäre Jucken das Charakteristische ist. Die Entstehung der Effloreszenzen gesellt sich, genau so wie bei den Neurodermatosen, erst später hinzu.

Unter dem Namen Prurigo nodularis beschrieb Hyde im Jahre 1909 eine schon von Hardaway beobachtete Krankheit, welche mit den Fällen von Urticaria perstans verrucosa übereinstimmt und welche Bezeichnung seither in der amerikanischen und französischen Literatur als ein Typus für sich beibehalten wurde.

Es ist nicht zweifelhaft, daß die Fälle, welche unter den Namen Urticaria perstans verrucosa (Kreibich, Brandweiner, Wagner, Fasal), unter Lichen obtusus corné (s. bei Bükler) und Prurigo nodularis (Roberti, Weidman, Netherton, Meyer, Ullmann) beschrieben wurden, im Grunde genommen identisch sind.

Das Leiden entsteht vorwiegend bei weiblichen Individuen in mittleren Lebensjahren. Charakteristisch ist das anfallsweise Jucken, die Lokalisation der Effloreszenzen vorwiegend an den Extremitäten und im Gesicht, das im Anfang quaddelartige Knötchen, welches mit der Zeit lichenifiziert und dadurch warzenartig wird, und die lange Dauer.

Die Hautveränderungen ähneln sowohl bei der papulösen als bei der verrukösen Form im Beginn des Leidens der Quaddel; dies war auch der Grund, warum diese Fälle der Urtikaria angereiht wurden. Die Effloreszenzen weichen jedoch von den Urtikariaquaddeln insofern ab, als sie von längerer Dauer und bei ihnen die beschriebenen Gewebsveränderungen in den Vordergrund treten. Einzelne Autoren traten dafür ein, daß diese Fälle aus der Gruppe der Urtikaria herauszunehmen seien. So meint bereits Hartmann, daß es sich in diesen Fällen um einen chro-

Digitized by Google

nichen Pruritus mit sekundären, vielleicht durch mechanischen Reiz verursachten papulösen oder verrukösen derben Effloreszenzen handle. Büeler denkt, daß es berechtigter ist, diese Affektionen nicht als Urtikaria zu bezeichnen, sondern sie unter die Prurigines einzuordnen. Darier stellt sie in die Gruppe der Prurigo. Dem stimmen wir um so eher bei, als wir das Epitheton „perstans" für eine Form der Urtikaria für unangebracht halten. Ist doch eine der wesentlichsten Eigenschaften der Urtikaria ihre Flüchtigkeit. Die Fälle von Urticaria perstans sind also in die Gruppe Prurigo einzureihen, und zwar die Urticaria perstans papulosa in die Gruppe der diffusen Form der Prurigo vulgaris, während die Urticaria perstans verrucosa, im Sinne Dariers, als Prurigo nodularis, als in die Prurigogruppe gehörende selbständige Krankheit anzuerkennen wäre.

Literatur.

Ältere Literatur bei Kreibich, Arch. f. Derm., 1899, Bd. 48 und Hartmann Arch. f. Derm., 1903, Bd. 64. Weitere Literatur bei Büeler, Arch. f. Derm., Bd. 136. Brandweiner, Arch. f. Derm., Bd. 133. — Roberti, Zbl. f. Hautkrkh., Bd. 5, S. 295. — Weidman, Ebenda, Bd. 5. — Wagner, Ebenda, Bd. 8, S. 162. — Fasal, Ebenda, Bd. 14, S. 165 und Arch. f. Derm., Bd. 148, H. 3. — Ullmann, Zbl. f. Hautkrkh., Bd. 13, S. 38 und Aussprache zur Demonstration von Fasal, Ebenda, Bd. 14, S. 165. — M. Meyer, Ref. Derm. Zschr., Bd. 36, S. 186. — Darier, Précis de Derm. Paris 1923.

Aus der dermatolog. und venerolog. Abteilung des städt. Krankenhauses Ludwigshafen a. Rh. (Leiter der Abteilung: Dr. S. Fuss.)

Ein Fall lokaler, erworbener Hypertrichosis über einem Knochengumma.

Von

Dr. Fritz Dahlmann.

Mit 4 Abbildungen im Text.

Lokale, erworbene Hypertrichosen bestimmten, nach ätiologischen Gesichtspunkten abgegliederten, Gruppen zuzurechnen, dürfte oft sehr schwierig sein. Wohl allgemein werden zwei Gruppen unterschieden, die Hypertrichosis neurotica und die Hypertrichosis irritativa. Die durch Störung im innersekretorischen Drüsensystem bedingte Hypertrichosis führt Joseph bei der neurotischen Form an. (Fälle von Bartels, Zaburin, Wilson, Lesser, Hegar u. a.). Es dürfte wohl nicht in allen diesen Fällen angängig sein, die Hypertrichosis auf innersekretorischer Grundlage der neurotischen Form zuzurechnen. Richtiger wäre wohl diese Gruppe gesondert zu besprechen. Denn nicht immer werden in diesen Fällen veränderte Ernährungsverhältnisse verantwortlich zu machen sein, einen Teil derselben würde man wohl auch der irritativen Form (endogener Reiz) zuzählen können.

Nach Joseph kann eine neurotische Hypertrichosis „teils durch lokale Nervenprozesse, teils durch allgemeine oder entfernt gelegene Krankheitszustände mit Irritation bestimmter Nerven" entstanden sein.

Digitized by Google

In der Literatur finden wir die neurotische Form bereits von Erb und Schiefferdecker, Leyden, Fischer, Crampton, Joseph (es sei besonders auf die ausführliche Literaturangabe bei Joseph verwiesen), Darier u. a. beschrieben. In neuerer Zeit wurden Fälle neurogener Hypertrichosen auch von Schüller, Oppenheim und Boewing publiziert. Schüller konnte in 2 Fällen von Ischias, Oppenheim nach intramuskulärer Quecksilberinjektion mit wahrscheinlicher Verletzung des Nervus ischiadicus lokale Hypertrichosis beobachten. Boewing beschreibt eine Hypertrichosis bei Paraplegie als Folge trophischer Ausfalls- und Reizerscheinungen.

Von einigen Autoren (Mc. Auliff, Ewart, Hegler, Bechet, Marie und Bernadou, de Caestecker, Pulay u. a.) wurde der Einfluß des innersekretorischen Drüsensystems, besonders der Sexualdrüsen, auf die Entstehung der Hypertrichosen hervorgehoben. So fanden Ewart und Marie und Bernadou Hypertrichosen bei Geisteskranken und glauben an einen Zusammenhang mit der Nebennierenfunktion. Auch de Caestecker sah Hypertrichosis bei Nebennierenstörung. Pulay schreibt der Hypophyse einen nicht geringen Einfluß auf das Haarwachstum zu. Hegler beobachtete einen Fall von Hypertrichosis bei einer Frau, bei der das linke Epoophoron vergrößert war. Daß die Behaarung in gewissem Grade von den Sexualdrüsen abhängig ist, sehen wir ja schon beim normal beschaffenen Menschen (sekundäres Geschlechtsmerkmal). Noch deutlicher macht sich dies bemerkbar bei sexuellen Zwischenstufen, wo eben die Sexualdrüsen pathologisch verändert oder vertauscht sind und dementsprechend alsdann auch die Behaarung eine geschlechtsatypische ist, ferner bei Frauen, bei denen die Ovarialfunktion bereits erloschen ist und sich die Behaarung allmählich dem virilen Typ nähert. Weit häufiger als die genannten Hypertrichosisformen finden wir die Hypertrichosis irritativa, wobei die Irritation mannigfachster Art sein kann.

So können mechanische, chemische, thermische, physikalische Einwirkungen, einzeln oder kombiniert, fördernd auf das Haarwachstum wirken. Der Grad des einwirkenden Reizes ist dabei minder wichtig als Dauer bzw. Häufigkeit der Einwirkung. Wir sehen Hypertrichosen bei leichtesten mechanischen Reizen, bei Druck und endlich bei Traumen. Bekannt ist der verstärkte Haarwuchs an den Unterarmen bei Operateuren, verursacht durch den mechanischen Reiz des Bürstens und die chemische Einwirkung der Seifen und Desinfizientien. Zur irritativen Form gehören weiterhin Hypertrichosen nach Verbänden, die chemisch, durch die enthaltenen Medikamente, wie thermisch, je nachdem Kälte oder Wärme appliziert wurde, das Zustandekommen des atypischen Haarwachstums bewirken können. Eine mechanische Komponente kommt in diesen Fällen meist noch unterstützend hinzu. Wodurch bei Verbänden der Hautreiz zustande kommt, ob durch „vermehrte Wärme und hintangehaltene Luftverdunstung der Hauttranspiration oder durch die Ruhigstellung der betreffenden Extremität" dürfte nach Joseph nicht sicher entschieden werden können. Die durch Medikamente erzeugte Hypertrichosis wird nach Joseph durch eine örtlich gesteigerte und alterierte Ernährung erklärt. Hypertrichosen bei gonorrhoischen Gelenkaffektionen wurden von Joseph und Karwowski beschrieben. Joseph schreibt, zumindest für seinen Fall, den therapeutischen Maßnahmen und nicht der Ein-

Digitized by Google

wirkung spezifischer Toxine der Gonokokken die Entstehung der Hypertrichosis zu. Lokale Hypertrichosis nach Druckwirkung beobachtete Csillag bei Lastträgern auf der Schulter, auf der die Lasten getragen wurden. Gley und Loewy sahen bei verwundeten Soldaten nach Ausheilung der Wunden in der Umgebung der Narben abnorme Behaarung. Eine neurotische Entstehungsweise konnte für diese Fälle abgelehnt werden, da keine Nerven verletzt waren. Gley und Loewy glauben, daß die bei der Gewebsreparation entstandenen neuen Gefäße und die zirkulatorische Hyperaktivität die Hypertrichosis verursacht hätten. Fuchs beschreibt einen Fall lokaler Hypertrichosis bei tiefer Trichophytie, läßt aber die Frage offen, ob die Hypertrichosis durch irritierende Eingriffe chemischer oder physikalischer Natur (Hg und Pyrogallus-Salben oder Röntgenbestrahlung), durch trophische Störung oder endlich durch „Wachstumshemmung der Haut mit umgekehrt proportionalem Haarwachstum" (Schein) bedingt sei. Im Anschluß an den Fuchsschen Fall sei erwähnt, daß bereits Kaposi bei Hg-Salben, Wolff nach Chrysarobin Hypertrichosen gesehen haben.

Auf unserer chirurgischen Abteilung (Chefarzt San.-Rat Dr. Simon) kam ein Fall lokaler, erworbener Hypertrichosis in der Haut über einem Knochengumma zur Beobachtung und wurde uns zur Behandlung überwiesen. Fuss demonstrierte auf dem südwestdeutschen Dermatologen-Kongreß in Frankfurt a. M. am 8. März Abbildungen unseres Falles. Die folgende Diskussion gab uns weder Aufschluß darüber, ob auch von anderer Seite schon derartige Hypertrichosen über Knochenaffektionen beobachtet worden sind, noch wurde eine Erklärung für die Entstehung der Hypertrichosis in unserem Falle gegeben. Da ich auch in der mir zugänglichen Literatur keinen dem unsern entsprechenden Fall beschrieben fand, wandte ich mich unter Vorlegung unserer Krankengeschichte und Abbildungen an maßgebende Dermatologen. Für die mir zugegangenen Mitteilungen, die zu verwerten mir gütigst gestattet wurde, sage ich auch an dieser Stelle meinen ergebensten Dank. Ebenso danke ich Herrn Dr. Hilpert und Frl. Possart für Herstellung der Röntgendiapositive und Photographien. Das Resultat meiner Umfrage soll nach Besprechung unseres Falles erörtert werden.

56jähr. Frau, kam wegen einer Oberarmfraktur, die sie sich durch Anstoß an einen Straßenpassanten zugezogen hatte, ins Krankenhaus.

Aus der Anamnese ist besonders bemerkenswert, daß Pat. vor 26 Jahren vorübergehend einen Hautausschlag am ganzen Körper hatte. Zu gleicher Zeit war ihr Gatte ebenfalls wegen einem Hautausschlag in ärztlicher Behandlung. Pat. benutzte die Salbe (Hg-Salbe?), die der Arzt ihrem Gatten verordnet hatte, worauf der Ausschlag angeblich prompt abheilte. Ernstliche Krankheiten hat Pat. nicht durchgemacht. Seit einem Jahr bestehen rheumatische Beschwerden im rechten Bein. Partus einmal, spontan, afebriles Wochenbett, Kind lebt. Keine Fehlgeburten.

Befund: Kleine, schmächtig gebaute, ältere Frau, in mäßigem Ernährungszustand. Haut und sichtbare Schleimhäute schwach durchblutet. Behaarung im Gesicht und am Körper viril. Pupillen gleich weit, nicht entrundet, rechts Reaktion auf Licht und Konvergens, links nicht vorhanden.

Schädel und Hals o. B.

Thorax schmal, Supra- und Infraklavikular-Gruben beiderseits eingesunken, Atemexkursionen gleichmäßig. Mammae pendulae, atrophisch, schlaff, parenchymarm.

Innere Organe, Abdomen, Genitale o. B.

Digitized by Google

Extremitäten: Fraktur zwischen oberem und mittlerem Drittel des linken Oberarmes. Frakturstelle deutlich fühlbar, Krepitation, abnorme Beweglichkeit, Druckschmerzhaftigkeit, leichter Erguß.

Unterhalb des linken Knies ist auf der Haut eine etwa handflächengroße, pigmentierte und überbehaarte Stelle abgrenzbar. Die Behaarung greift über nach medial bis zum oberen Gastrocnemiusrand, ist jedoch außerhalb der pigmentierten Zone viel schwächer als in derselben und gleicht im nicht pigmentierten Abschnitt völlig der Behaarung der Unterschenkelinnenfläche des rechten Beines. Die Haut unterhalb des rechten Knies ist vollständig normal (Abb. 1).

Streckverband und Röntgenaufnahme des Oberarmes.

Daß auf eine so geringfügige Ursache, wie Stoß durch eine vorübergehende Person, eine Frakturierung des Oberarmes folgte, ließ uns an zuvor bestandene Knochenprozesse, eventuell luetischer Natur, denken. Die Röntgenaufnahme des Oberarmes verschaffte uns keine Klärung.

Nachdem Pat. zum ersten Male das Bett verlassen durfte, entstand unterhalb des linken Knies über die pigmentierte Zone hinaus entzündliche Rötung und Schwellung. Pat. klagte über Schmerzen an dieser Stelle, die besonders nachts an Intensität zunähmen.

Die entzündlichen Erscheinungen, die sich auf die Belastung der Beine hin unterhalb des linken Knies an Knochen und Haut bemerkbar machten, besonders der intensive Nachtschmerz, bestärkten uns in der Annahme, daß luetische Knochenprozesse zumindest an der Tibia beständen. Eine Röntgenaufnahme des proximalen Teiles der Tibia war in Vorderansicht ergebnislos, in Seitenansicht jedoch konnte man deutlich, etwa in Höhe der Tuberositas tibiae, eine bogenförmige, periphere Veränderung des Knochens wahrnehmen (Abb. 2).

WR positiv.

Der Ausfall der Seroreaktion sowie der Befund des Röntgenbildes ließen keinen Zweifel mehr an der Natur der Erkrankung. Zum Vergleich wurde eine weitere Röntgenaufnahme des rechten proximalen Tibiaendes angefertigt. Resultat völlig negativ (Abb. 3).

Abb. 1. Befund bei der Aufnahme ins Krankenhaus: ← Hautstelle unterhalb des linken Knies in etwa Handflächengröße pigmentiert und überhaart.

Auf die sofort eingeleitete kombinierte Hg-Neosalvarsankur trat Rückgang der Schwellung und Rötung ein, die Schmerzen verloren an Intensität und ließen schließlich vollkommen nach. Es blieben Pigmentation und Hypertrichosis.

WR Ende der Kur positiv.

Lokalbefund 3 Monate nach Beendigung der spezifischen Kur (es soll hier nur der uns am meisten interessierende Befund der Hautbezirke unterhalb beider Knie berücksichtigt werden):

Knieumfang sowie oberer Beinumfang beiderseits gleich. Keine Rötung unterhalb des linken Knies, Schmerzen sind bisher nicht mehr aufgetreten. Es besteht noch leichte Pigmentation und Überbehaarung unterhalb des linken Knies, jedoch ist das Haarkleid an der befallenen Hautpartie viel dünner geworden und die Haare selbst haben an Pigment verloren. Der Unterschied zwischen links und rechts ist noch wahrnehmbar, ist aber sehr gemildert (Abb. 4). Pat. gibt an, daß sie nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhause einen deutlichen Haarausfall an der betroffenen Hautpartie habe feststellen können.

Digitized by Google

Vergleichen wir das klinische Bild mit dem Röntgenbefunde, so sehen wir, daß die pigmentierte und abnorm behaarte Hautpartie unterhalb des linken Knies dem im Röntgenbilde festgelegten Knochenprozeß des oberen Tibiaendes entspricht. Das Röntgenbild zeigt uns weiter, daß es sich um einen peripheren Prozeß handelt. Auf dem Vergleichsbild sehen wir den gleichen Knochenbezirk am anderen Bein völlig frei von krankhaften Erscheinungen. Der positive Ausfall der Seroreaktion läßt uns die Erkrankung des Knochens als luetisch erkennen (Knochengumma). Besteht nun ein kausaler Zusammenhang zwischen Knochenprozeß und Hautaffektion? Regel ist, daß luetische Knochenaffektionen, speziell periphere Gummata, unter intakter Haut fortschreiten. Es wäre jedoch denkbar, daß der sich unter der Haut abspielende Prozeß einen Reiz auf die bedeckende Haut ausüben und daselbst eine reaktive Hyperämie

Abb. 2. Röntgenbefund des proximalen Teiles des linken Unterschenkels (Seitenansicht, Platte 13 × 18, verkleinert zu 9 × 12). → Knochengumma.

Abb. 3. Röntgenbefund des proximalen Teiles des rechten Unterschenkels (Seitenansicht, Größe wie Abb. 2). Normal.

auslösen würde. Infolge der entstandenen „zirkulatorischen Hyperaktivität" könnte bei der an sich schon zur Überbehaarung neigenden Frau (Klimakterium) die Hypertrichosis zustande kommen. Für einen kausalen Zusammenhang zwischen Knochengumma und Hypertrichosis spricht vor allem der Erfolg der Therapie; die akuten Erscheinungen kamen sofort zum Stillstand und Rückgang, ein deutlicher Haarausfall an der betroffenen Hautstelle wurde von der Pat. selbst beobachtet, die Schmerzen, besonders der intensive Nachtschmerz, ließen nach und schwanden alsbald vollkommen, und endlich ist der Lokalbefund 3 Monate nach Ende der Kur verschieden von dem Untersuchungsergebnis bei der Krankenhausaufnahme (vgl. Abb. 1 u. 2).

Wolff u. Mulzer erwähnen die günstige Wirkung der Arsendarreichung bei neurogenen Hypertrichosen. Auch in unserem Falle könnte man daran denken, daß das Salvarsan, dank seiner chemischen

Digitized by Google

Zusammensetzung, den luetischen Prozeß und die Hypertrichosis, zwei verschiedene, in keinem Zusammenhang stehende Affektionen, zur Rückbildung gebracht hätte. Dies wäre jedoch nur denkbar, wenn es sich um eine neurotische Form von Hypertrichosis handeln würde; denn von einer Beeinflussung irritativer Hypertrichosen durch Arsen ist nichts bekannt. Für die Annahme einer Hypertrichosis auf neurotischer Grundlage haben wir jedoch keine Anhaltspunkte.

Aus den mir auf meine Umfrage hin von den einzelnen Kliniken zugegangenen Mitteilungen konnte ich ersehen, daß an allen befragten Kliniken (Bettmann, Finger, Herxheimer, Hoffmann, Jadassohn, Jesionek, Rille, Zieler, Zumbusch) kein dem unseren entsprechender Fall einer lokalen, erworbenen Hypertrichosis über einem Knochenprozeß luetischer Natur beobachtet worden ist.

Wohl hat Bettmann bei einer Osteomyelitis lokale Hypertrichosis gesehen, neigt aber mehr dazu, die Entstehung derselben auf die von außen wirkenden Reize zurückzuführen (Verbände und andere therapeutische Maßnahmen).

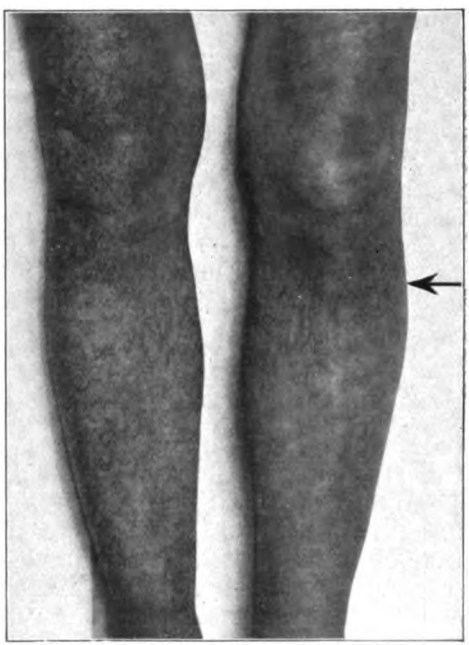


Abb. 4. Befund 3 Monate nach der spezifischen Kur: Pigmentation und Hypertrichosis sehr viel schwächer.

Die Ansichten über Entstehung der Hypertrichosis speziell in unserem Falle gehen auseinander. Jesionek schreibt: „Die Möglichkeit eines solchen Zusammenhanges (Hypertrichosis auf gummöser Grundlage) ist nicht von der Hand zu weisen, wenn man bedenkt, daß die Spirochäte — wohl auf toxischem Wege — epitheliale Elemente sowohl in förderndem wie auch in hemmendem Sinne zu beeinflussen vermag (Pigmentsyphilis, Leukoderm, Alopezie). Innersekretorische Störungen (Klimakterium) könnten sehr wohl den Anstoß zu dieser eigenartigen Betätigung der Spirochätentoxine geben.“ Hoffmann glaubt, daß ebenso wie in einem Falle Zurhelles, der bei Impfexperimenten mit Vakzine intensive Hypertrichosis sah, auch das Luesvirus einmal zu Hypertrichosis Veranlassung geben könne. Zieler gibt ebenfalls zu, daß sich über gummösen Prozessen, ebenso wie andere Hypertrophien, auch eine Hypertrichosis entwickeln könne. Finger mahnt dagegen in der Verwertung unseres Falles zu großer Vorsicht, denn obwohl Periostitiden der Tibia recht häufig seien, habe er noch keinen Fall von Pigmentierung und Hypertrichosis in der Haut über der Periostitis gesehen. Auch daß in

Digitized by Google

der Haut gerade der Periostitis eine fluxionäre Hyperämie oder Entzündung der Haut nachweisbar wäre, käme doch kaum je vor. FINGER kommt zu dem Schluß: „Wenn also auch der Erfolg der Therapie für einen Zusammenhang zu sprechen scheint, ist doch der Mechanismus nicht klar."

BETTMANN hält von mehreren Möglichkeiten, auf die später bei JADASSOHNS Ausführungen näher eingegangen wird, die von mir angeführte Deutung der Entstehungsweise, daß nämlich Hypertrichosis und Pigmentation eine sekundäre Folgeerscheinung des Reizes, den der Knochenprozeß auf die Haut ausgeübt habe, sei, für die wahrscheinlichste. Auch GANS ist der Ansicht, daß wenn man in unserem Falle überhaupt von Zusammenhängen reden könne, diese Deutung doch wohl die nächstliegende sein dürfte. HERXHEIMER gibt die Möglichkeit zu, daß ein Knochenprozeß sekundär durch Reiz eine Hyperämie in der bedeckenden Haut erzeugen könne und möchte diesen Reiz eventuell im Sinne WEICHARDTS durch eine Protoplasmaaktivierung erklärt wissen. Nach JADASSOHN ist es schwer, eine Erklärung für derartige Vorkommnisse zu geben. Die Möglichkeiten, die JADASSOHN anführt, gebe ich wohl am besten mit seinen eigenen Worten wieder: „Man kann sich gewiß vorstellen, daß bei einem Gumma, das dicht unter der Haut liegt, hyperämische Zustände selbst dann vorkommen, wenn man sie klinisch nicht beobachten kann. Man kann auch daran denken, daß toxische, reizende Substanzen, eventuell auch Abbauprodukte des Gumma, nach der Haut zu diffundieren. Man kann aber auch daran denken, daß die Pat. doch entweder wegen der Schmerzen die Stelle immer wieder gedrückt haben kann, oder daß sie sich eventuell vor längerer Zeit doch irgendwelchen therapeutischen Maßnahmen (Einreibungen oder ähnliches) unterzogen hat. Unwahrscheinlicher ist es wohl, daß, wenn die Pat. unwillkürlich dieses Bein geschont hat, deswegen eine Hypertrichosis auf dem gelähmten Gliede aufgetreten wäre. Leider sind wir ja bei all diesen Dingen, namentlich sowie sich die Idee des Trophoneurotischen einstellt, sehr auf Hypothesen angewiesen. Ich könnte mir auch vorstellen, daß eine geringe Spannung der Haut über einem nicht stark prägnanten Gumma zu einer Hyperämie Anlaß gibt, während eine stärkere Spannung natürlich zur Anämie führen muß."

JADASSOHN unterstützt also in seinen einleitenden Worten unsere Entstehungstheorie. Jedoch glaube ich nicht, daß die von JADASSOHN an dritter und vierter Stelle angeführten Möglichkeiten für unseren Fall in Frage kommen. Die Pat. wurde selbstverständlich bis ins einzelnste befragt, ob nicht doch durch eine bekannte Irritation, durch Drücken oder therapeutische Maßnahmen, die Hauterscheinung entstanden sein könne, und erst nach Ausschluß sämtlicher anderer Entstehungsmöglichkeiten entschlossen wir uns zu unserer Deutung. Wenn man auch negative Aussagen der Pat. nicht immer verwerten kann, so glaube ich doch, daß gerade in unserem Falle die Angaben der Pat. uns ermöglichen, sowohl Druckwirkung wie auch Reiz infolge therapeutischer Maßnahmen auszuschließen. Denn Pat. hatte vor ihrer Einweisung ins Krankenhaus an dem erkrankten Bein keine Schmerzen (die Schmerzen traten erst im Krankenhaus auf die plötzliche Wiederbelastung der Beine hin auf,

Digitized by Google

PROPERTY OF THE RESEARCH LIBRARY NOT TO BE LOANED

nachdem die Hypertrichosis aber schon bestand), hätte daher auch keine Ursache, dies latent erkrankte Bein besonders zu behandeln. Hätten tatsächlich zuvor schon Schmerzen bestanden, dann hätte uns Pat. sicherlich schon bei ihrer Aufnahme davon berichtet. Aber selbst wenn das erkrankte Bein behandelt worden wäre, dann wäre es doch wohl sonderbar, daß nur der kleine, scharf abgegrenzte, dem Knochengumma entsprechende Hautbezirk unterhalb des linken Knies pigmentiert und überbehaart wäre, wo doch sicherlich das ganze Bein den therapeutischen Maßnahmen unterzogen worden wäre. Demnach hätte doch wohl der luetische Knochenprozeß gerade diese Hautstelle dazu disponiert, auf Massage bzw. Einreibung mit Hypertrichosis zu reagieren. Es sei erwähnt, daß unterhalb der Knie beiderseits rings um die Beine leicht angedeutete Schnürfurchen, von Strumpfbändern herrührend, beobachtet werden konnten. Von dieser Druckwirkung wurden jedoch, wie bereits erwähnt, beide Beine betroffen. Daß aber nur das erkrankte Bein allein mit Überbehaarung geantwortet hätte, ist kaum anzunehmen, oder aber man müßte auch hier den luetischen Knochenprozeß als disponierenden Faktor anführen. Die Möglichkeit, daß durch eine Schonung des kranken Beines die Hypertrichosis entstanden sei, erklärt Jadassohn selbst als die unwahrscheinlichste. Aus den schon zuvor besprochenen Gründen (Fehlen jeglicher Beschwerden) kann ich nur wiederholen, daß Pat. keine Ursache hatte, das erkrankte Bein zu schonen. Selbst wenn aber eine unwillkürliche Schonung vorläge, wäre immer noch die Frage offen, warum entstand alsdann die Hypertrichosis nicht auf dem ganzen geschonten Glied? Auch hier könnte nur der Zusammenhang mit dem luetischen Knochenprozeß zur Erklärung herangezogen werden. Es blieben also von den Ausführungen Jadassohns die Möglichkeit der sekundären Hyperämie, die unserer Deutung zugute käme, und die etwaige Diffusion toxischer, reizender Substanzen vom Gumma nach der Haut zu, die mehr für die Ansichten Jesioneks und Hoffmanns sprechen würde.

Zum Schlusse sei kurz auf die Hypothese Scheins verwiesen, der Hautwachstum und Haarentwicklung in Zusammenhang bringt. Nach Schein wird „die im Flächenwachstum zurückbleibende Hautstelle besser ernährt, mit mehr Blut versorgt, als ihre schneller wachsende Umgebung, und der Überschuß an Blut und Nährmaterial, der nicht zum Wachstum der Haut selbst verwendet wird, dient zum Wachstum der Haare". Scheins Theorie dürfte wohl kaum für unseren Fall in Frage kommen, eine Atrophie der befallenen Haut bestand sicherlich nicht. Es wäre vielleicht möglich, daß die das Knochengumma bedeckende Hautstelle bis zu einem gewissen Grade infolge toxischer Substanzen geschädigt (Hoffmann, Jadassohn, Jesionek) von dem vermehrt zugeführten Nährmaterial (Hyperämie) keinen Gebrauch machen könnte, so daß dies im Sinne Scheins zum Haarwachstum verwertet werden könnte. Dies alles sind natürlich Hypothesen, für die sich Beweise nicht erbringen lassen.

Zusammenfassend ließe sich also sagen, daß von anderer Seite noch keine Hypertrichosis über Knochenaffektionen luetischer Natur beobachtet wurde, ferner daß die Ansichten über die Entstehungsweise der Hypertrichosis unseres Falles auseinandergehen. Denn während Jesionek und

Digitized by Google

Hoffmann die Hypertrichosis der direkten Betätigung der Treponemen und deren Toxinen zuschreiben, stimmen, wenn auch mit gewissen Einschränkungen, Bettmann, Gans, Herxheimer und Jadassohn meiner Entstehungshypothese zu, wonach Pigmentation und Hypertrichosis sekundär auf den Reiz eines nicht in der Haut lokalisierten luetischen Prozesses entstanden ist. Es ist wohl kaum zu entscheiden, welcher Erklärungsversuch für unseren Fall das Richtige trifft. Vielleicht hätte die mikroskopische Untersuchung eines Hautstückchens aus dem befallenen Bezirk eine Klärung geschaffen, insofern als man womöglich hätte entscheiden können, ob ein Bild einfacher reaktiver Entzündung und Hyperämie oder eine luetisch veränderte Haut vorläge. Abgesehen davon, daß eine Exzision von der Pat. verweigert wurde, ist es auch sehr fraglich, ob wir auf diesem Wege zu einem sicheren Resultat gekommen wären.

Es wäre natürlich verfehlt, aus unserem Falle, der, wie wir sahen, durchaus noch nicht geklärt ist, besondere Rückschlüsse zu ziehen. Immerhin wäre es interessant, wenn auch von anderer Seite in Zukunft auf derartige Hypertrichosen über Knochenaffektionen, auch tuberkulöser und anderer Natur, geachtet würde, da meiner Ansicht nach unser Fall von einem gewissen praktisch-diagnostischen Interesse ist. Denn obwohl wir schon bei der Aufnahme der Pat. die lokale Pigmentation und Hypertrichosis feststellen konnten, wurden wir doch erst durch das Auftreten der akuten Entzündungserscheinungen auf etwaige Prozesse an der Tibia aufmerksam gemacht und zur Röntgenaufnahme bewogen. Es wäre daher vielleicht angebracht, bei zirkumskripten Hypertrichosen, bei denen eine neurotische, bekannt irritative oder innersekretorische Entstehungsweise nicht in Frage kommt, den unter dem befallenen Hautbezirk liegenden Knochen vor dem Röntgenapparat auf pathologische Veränderungen anzusehen.

Literatur.

McAuliff, The journal of the American Medical Association, 1916, 1. Januar, S. 15. Ref. Arch. f. Derm., Bd. 125, S. 297. — Bartels, Zaburin, Wilson, Lesser. Hegar, zitiert bei Joseph. — Bechet, New-York m. J., Bd. 98, Nr. 7. Ref. Arch. f. Derm., Bd. 119, S. 199. — Bettmann, persönl. Mitteilung. — Boewing, D. Zschr. f. Nervenhlk., 1923, Bd. 76, H. 5/6, S. 307—319. Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Nr. 11, S. 209. — de Caestecker, Vlaamsch geneesk. tidschr., 1921, 20. Jahrg., Nr. 15, S. 392—399. Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Nr. 3, S. 360. — Csillag, Arch. f. Derm., Bd. 134, S. 147. — Darier, Précis de Derm., 3. Aufl., S. 494, nach Mitteilung von E. Hoffmann. — Erb u. Schirferdecker, Leyden, Crampton, zitiert bei Wolff u. Mulzer. — Ewart, The Lancet, 1915, 29. März, S. 1133. Ref. Arch. f. Derm., Bd. 125, S. 300. — Finger, persönl. Mitteilung. — Fischer, zitiert bei Wolff u. Mulzer. — Fuchs, Arch. f. Derm., Bd. 121, S. 945. — Fuss, Verhdl. südwestdeutscher Derm. in Frankfurt a. M. am 8. März 1925. — Gans, persönl. Mitteilung. — Gley u. Lobwy, Compt. rend. hebd. de la soc. de biolog., 1915, Bd. 78, Nr. 8, S. 204. Ref. Arch. f. Derm., Bd. 125, S. 299. — Hegler, Ärztlicher Verein Hamburg, Sitzung vom 11. Februar 1913. Ref. Arch. f. Derm., Bd. 117, S. 441. — Herxheimer, Hoffmann, Jadassohn, Jesionek, persönl. Mitteilungen. — Joseph, Lehrbuch d. Haarkrkh. von Dr. M. Joseph, Leipzig, Verl. Joh. A. Barth, 1910, S. 55—62. — Karwowski, zitiert bei Joseph. — Kaposi, zitiert bei Wolff u. Mulzer. — Marie u. Bernadot, Encéphale, 1923, 18. Jahrg., Nr. 7, S. 466. Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Nr. 10, S. 163. — Oppenheim, Wiener Derm. Ges., Sitzung vom 22. November 1923. Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Nr. 11, S. 286 u. 463. — Pulay, M. Kl., 1922.

Digitized by Google

18. Jahrg., Nr. 43, S. 1369—1372. — Rille, persönl. Mitteilung. — Schein, zitiert bei Fuchs u. Joseph. — Schüller, W. m. W., 1917, Nr. 46. Ref. Arch. f. Derm., Bd. 133, S. 386. — Weichardt, M. m. W., 1907, Nr. 39. — Wolff u. Mulzer, Lehrbuch d. Haut- u. Geschlechtskrkh. von A. Wolff u. P. Mulzer, 1917, Bd. 2, Verl. F. Enke, Stuttgart, S. 697—698. — Zieler, Zumbusch, persönl. Mitteilungen. — Zurhelle, nach Mitteilung von E. Hoffmann.

Aus der äußeren Abteilung des Stadtkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt
(dirigierender Arzt: Prof. Dr. Werther).

Über die sogenannte Prostatahypertrophie und ihre operative Behandlung. Erfahrung an 185 Fällen.

Von

Dr. Max Funfack, Oberarzt der Abteilung.

Die Anschauung über das Wesen und die pathologische Ätiologie der „Prostatahypertrophie" hat sich im Laufe der Zeit verschiedentlich geändert. Von früher ist leider nur noch der irreführende Name übrig geblieben. Nach den neueren exakten Untersuchungsergebnissen handelt es sich hierbei fast stets um eine „geschwulstmäßige Bildung" (eine echte Geschwulstbildung wird vielfach nicht anerkannt) gewisser Gruppen von Drüsen, wahrscheinlich entodermaler Abkunft, die submukös innerhalb des Sphinkters in der prostatischen Harnröhre liegen. Sie haben die verschiedensten Namen erhalten (periurethral, akzessorisch, subzervikal usw.). Ich will sie nach dem Vorschlage aus dem Aschoffschen Institut als paraprostatische Drüsen bezeichnen. Histologisch sind sie den Prostatadrüsen (mesodermaler Abkunft) sehr ähnlich. Die unter dem Namen Seitenlappenhypertrophie bekannte Krankheit nimmt aus der sogenannten Kollikulusgruppe, die Mittellappenhypertrophie aus der Trigonumgruppe dieser Drüsen ihren Ursprung. Die mukösen und die am Urethraldach gelegenen submukösen Drüsen kommen für unser Krankheitsbild nicht in Frage. In den allerseltensten Fällen trifft man eine Tumorbildung der Prostatadrüsen selbst. Letztere pflegen vielmehr wie alle Organe im Alter zu atrophieren. Sie bilden bei der Wucherung der paraprostatischen Drüsen gewissermaßen nur die Schale des Tumors. Wird derselbe enukleiert, so bleiben die an die Peripherie gedrängten Prostatadrüsen mit ihren Ausführgängen und dem Caput galinaginis fast stets zurück. Die Potentia generandi kann also erhalten bleiben.

Histologisch handelt es sich meistens um Adenome, Fibroadenome, Fibromyoadenome, seltener um Karzinome, ganz selten um Prostatasarkome oder „echte Prostatahypertrophie", die zahlenmäßig nach den Operationserfahrungen kaum in Betracht kommt. Mikroskopisch sieht man bei den benignen Tumoren fast immer, daß sie aus einzelnen drüsigen Knoten zusammengesetzt sind, die durch Bindegewebsstränge und Muskelzüge voneinander getrennt werden. Der gesamte Tumor ist von einer gemeinsamen fibrösen Kapsel umgeben. Das Drüsenepithel ist meist mehrschichtig und zottenförmig gewuchert. Makroskopisch lassen sich diese grauweiß gefärbten, vorspringenden Knötchen, die auf Druck eine trübe Flüssigkeit entleeren, ebenfalls gut von den weißglänzenden, netz-

Digitized by Google

förmigen Zwischenwänden unterscheiden. In selteneren Fällen überwiegt das Muskel- oder Bindegewebe.

Die blastomatösen Wucherungen entwickeln sich entweder subvesikal in der Harnröhre und ihrer Umgebung als mehr oder weniger kugelförmige Tumoren, ohne das Orific. int. zu verändern, oder sie dringen bis in das Blasenlumen vor. In diesem Falle kommt es durch die Einschnürung der Geschwulstmasse durch den glatten Sphincter internus zu einem hantelförmigen Gebilde. Oft wird dabei der Muskel überdehnt und durchwuchert, wodurch natürlich seine Funktion gestört wird. (Schon normalerweise können die Drüsen bis in die Muskulatur hineinreichen.) Kompensatorisch tritt der quergestreifte Sphincter externus für ihn ein, die prostatische Harnröhre kann dann gewissermaßen zu einer Vorblase erweitert werden. Der Blasenboden wird hinter dem Orific. int. in mehr oder minder starkem Maße gehoben, es entsteht ein Recessus retroprostaticus. Die Harnröhre wird verlängert, in stumpfem Winkel abgeknickt, ihr Lumen von vorn nach hinten verzogen. Das Resultat sind Miktionsstörungen, die samt ihren verhängnisvollen Folgeerscheinungen hinreichend bekannt sind. Sie sind unabhängig von der Größe oder Art des Tumors, maßgebend ist lediglich die Veränderung in der prostatischen Harnröhre oder am Orific. int. So ist es zu verstehen, daß auch eine reine Prostataatrophie zur Retention führen kann: die Drüsenschrumpfung kann eine Verziehung des Orific. int. oder eine Barrièrenbildung zur Folge haben, die der Urinentleerung ein mechanisches Hindernis entgegensetzt.

Über die Genese der Erkrankung weiß man noch nichts Näheres. Atherosklerotische, entzündliche oder innersekretorische Einflüsse scheinen jedenfalls bei der Entstehung der Wucherungen keine Rolle zu spielen. Die Entzündungsprozesse, die man in den enukleierten Tumoren oder an Leichenpräparaten zu sehen bekommt, sind sekundärer Natur und setzen sich per continuitatem von den Harnwegen aus fort.

Wenn nach Erhebung der meist charakteristischen Anamnese der Verdacht auf die Diagnose Prostatahypertrophie gelenkt wird, müssen zur restlosen Klärung des klinischen Krankheitsbildes alle in Betracht kommenden modernen Hilfsmittel herangezogen werden. Die alleinige Untersuchung vom Rektum aus, die in verschiedener Patientenstellung vorzunehmen ist, täuscht recht oft. Entweder erscheint der Tumor größer oder kleiner als in Wirklichkeit, oder er entgeht überhaupt dem palpierenden Finger. Die Zystoskopie oder die Urethroskopie der hinteren Harnröhre muß unterstützend mithelfen. Eine isolierte Mittellappenbildung z. B. wird nur auf diesem Wege festzustellen sein. Außerdem ist es wichtig, zu eruieren, bis zu welchem Grade die Blase durch das Leiden bereits geschädigt ist und ob andere Blasenerkrankungen (Steine, Divertikel usw.) nebenbei noch vorliegen. Das infiltrierende Wachstum eines Tumors wird sich oft frühzeitig zystoskopisch erkennen lassen. Die Knoten in der Übergangsfalte können sich dabei in Form von Wülsten, Strängen usw. kontinuierlich nach dem Blasenfundus zu fortsetzen. Am besten kann man sich über Größe, Konsistenz und Form des Tumors ein Bild machen, wenn man auf der Sonde untersucht, d. h. Zystoskop oder gebogene Metallsonde in der Harnröhre liegen läßt und vom Rektum her mit dem untersuchenden Finger die Geschwulst gegen das Metall als

Digitized by Google

Grundlage drückt. Die Messung der Harnröhrenlänge kann in vielen Fällen von Interesse sein. Die Röntgendurchleuchtung ist außer bei Krebsverdacht meistens zu entbehren und hat mehr theoretisches Interesse. Selbstverständlich ist eine exakte Untersuchung des Gesamtorganismus erforderlich. Die Untersuchung der Harnorgane und des Urins muß ergeben, ob Retention, Zystitis, Pyelitis, Pyelonephritis, Hydro- und Pyonephrose, Nephrosklerose, Niereninsuffizienz, Herzhypertrophie und -insuffizienz usw. vorhanden ist. Dazu ist nötig: Bestimmung des Resturins per Katheter, Messung der täglichen Tages- und Nachtharnmenge, des spezifischen Gewichts, Durst- und Konzentrationsversuch, wiederholte mikroskopische Kontrolle des Urinsediments, Bestimmung des Blutdruckes, des Reststickstoffes im Serum und Kryoskopie, Untersuchung der Gefäße und des Herzens usw. Zu denken ist fernerhin stets an Erkrankungen des zentralen oder peripheren Nervensystems, die zu Blasenstörungen führen können, die dem Prostatismus sehr ähneln.

Wenn man sich über diese Dinge klar ist, wird der Heilplan aufgestellt. Ob die konservative oder die operative Behandlung in Frage kommt, wird in erster Linie vom Ergebnis der oben angeführten Untersuchungen abhängig sein; erst in zweiter Linie kommen persönliche Wünsche, Rücksichten auf soziale Verhältnisse usw. in Betracht. Besteht das Leiden noch nicht lange, so kann man durch konservative Maßnahmen die Beschwerden auf kürzere oder längere Zeit sehr oft beheben (Katheterismus, Blasenspülung, Harnantiseptika, heiße Sitzbäder, Stuhlregulierung, Diät, Röntgen usw.). Kehren die Symptome des Prostatismus aber immer wieder, was bei dem progredienten Charakter des Leidens das Normale ist, so versäume man nicht, noch beizeiten operativ einzugreifen. Erfahrungsgemäß sind die Frühoperationen viel ungefährlicher als die Operationen später, wenn bereits schwere Veränderungen des Urogenitaltraktus vorliegen. Ein jahre- oder jahrzehntelanges Katheterleben wird man nach Möglichkeit dem Patienten ersparen wollen, zumal die Mortalitätsziffer hierbei höher zu sein pflegt als beim operativ behandelten Material (Kümmell). Es darf also nur für die Patienten reserviert bleiben, die eine Operation keinesfalls überstehen würden. Die Zahl dieser Kranken ist aber gering. Durch konservative Maßnahmen kann man viele operationsreif machen. Durch regelmäßigen Katheterismus wird sich sehr oft eine Niereninsuffizienz bessern lassen, wenn sie die Folge von chronischer Harnstauung ist und wenn sie noch nicht allzu weit fortgeschritten ist. Pyelitis, Zystitis und Kreislaufstörungen werden ebenfalls durch entsprechende Maßnahmen gebessert oder beseitigt. Vor Ausführung der Operation ist es wichtig, den an Retention gewöhnten Harntraktus allmählich an die restlose Urinentleerung durch regelmäßigen Katheterismus und Verweilkatheterbehandlung zu gewöhnen. Es hat sich gezeigt, daß die plötzliche Entlastung nach der Operation zu einem Nierenchok mit folgender Anurie führen kann.

Welche Operationsmethode anzuwenden ist, ist eine alte Streitfrage. Auf Grund der neueren Anschauungen über das Wesen der Erkrankung muß man der suprapubischen Ektomie vor der perinealen oder paraanalen den Vorzug geben. Die Kapsel des Tumors, die aus Prostatagewebe besteht, wird dabei am besten geschont; der Tumor wird restlos entfernt,

Digitized by Google

weil man jedes Adenomknötchen bimanuell fühlt. Rezidive sind also selten. Die Methode ist einfach, der Tumor ist leicht zugänglich; die Operation dauert nur kurze Zeit und kann bei labilen Patienten zweizeitig nach KÜMMELL vorgenommen werden. Der Vorwurf, daß bei der suprapubischen Ektomie der Sphincter internus verletzt wird, besteht deshalb nicht zu Recht, weil derselbe praktisch sowieso ausgeschalten zu sein pflegt, und weil der Externus ohne weiteres die Funktion übernimmt. Außerdem kann der Muskel geschont werden, wenn man nach RINGLEB von der Harnröhre aus eingeht. Auch die Blutstillung bei der suprapubischen Methode hat uns niemals Schwierigkeiten bereitet. Ob die Lebensgefahr bei der perinealen Ektomie geringer ist, scheint nicht erwiesen zu sein, wenn auch Statistiken dafür sprechen. Postoperative Pneumonien treten bei beiden Methoden auf, besonders nach Inhalationsnarkosen. Der Bauchschnitt hindert die Kranken kaum mehr am Husten als die Perinealwunde. Bei Anwendung der Lumbalanästhesie sind die Pneumonien überhaupt seltener geworden. Wichtig ist häufiger Lagewechsel der alten Kranken nach der Ektomie. Das Krankenlager scheint bei beiden Methoden gleich lange zu dauern. Die Heilung der Wundnische nach der transvesikalen Operation ist sehr befriedigend; man ist geradezu erstaunt, wie an der Leiche das Wundbett schon nach kurzer Zeit aussieht. Ausgezeichnete Resultate hatten wir bei der suprapubischen Methode auch in den Fällen von reiner Prostataatrophie mit Barrièrenbildung, wo eine Enukleation von Gewebe nicht durchführbar war. Hier hatte lediglich das Einreißen der Barrière oder die Entfernung eines Teiles derselben von der Blase aus den erwünschten Heilerfolg. Die BOTTINIsche Operation ist in geeigneten Fällen, besonders bei sehr herabgekommenen alten Kranken, die wegen schlechter Augen, Ungeschicklichkeit oder Indolenz nicht den Selbstkatheterismus vornehmen können, und die aus anderen Gründen für die übrigen Operationsmethoden nicht in Betracht kommen, oft von recht gutem Erfolge begleitet. Da es sich dabei aber um keine Radikaloperation handelt, sind die Resultate meist nicht von sehr langer Dauer.

Unsere Erfahrungen bauen sich auf der Beobachtung von 185 Fällen auf. Von diesen 185 Patienten starben vor Vornahme einer Operation, also bei konservativer Behandlung, nach kürzerer Zeit (bis drei Monate) 9 Kranke. Die Sektionsdiagnose lautete meistens Pyelonephritis, Nephrosklerose, Pyonephrose, Urämie, sekundäre Herzschwäche. Weitere 23 Patienten wurden nur konservativ behandelt, gingen dann auf Wunsch ab, ohne operiert zu werden, oder es wurde von einer Operation abgesehen, weil die Diagnose „inoperables Karzinom" klar war, bzw. nicht zu bessernde Nieren- oder Herzerkrankungen vorlagen. Es bleiben somit 153 Fällen, von denen 125 auf transvesikalem, 10 auf perinealem Wege und 18 durch BOTTINI-Inzisionen operativ angegangen wurden.

Von den 18 nach BOTTINI operierten Fällen verloren wir 2, d. h. reichlich 11%. Der eine starb 1906 an einer Kokainintoxikation, die nach Lokalanästhesie von den Inzisionswunden ausging. Es war das FREUDENBERGsche Gemisch verwendet worden, das später aus diesem Grunde nicht wieder in Anwendung gelangte. Der zweite war ein Diabetiker, der an den Folgen einer phlegmonösen Einschmelzung der Prostata

Digitized by Google

zugrunde ging. Einmal wurde die Bottini-Inzision ohne Erfolg bei einem Tabiker mit Retention versucht. Im übrigen war der Erfolg befriedigend. Rezidive waren naturgemäß häufig. Nur wenige Fälle konnten längere Zeit beobachtet und nachkontrolliert werden. Bei inoperablen Karzinomen und Patienten, die den Anstrengungen einer größeren Operation nicht gewachsen waren, war die subjektive Erleichterung nach der Inzision sehr willkommen; der Allgemeinzustand konnte oft wesentlich gehoben werden. Heilungsdauer 4—6 Wochen.

Die perineale Ektomie wurde fast nur in Lumbalanästhesie vorgenommen. Von 10 Operierten starben 2, d. h. 20%. Ein Patient starb im paralytischen Anfall und zeigte bei der Autopsie eine Abszedierung in der Umgebung des Operationsbettes; der zweite Patient starb an den Folgen einer Pyonephrose, zu deren Operation er sich nicht entschließen konnte. Die postoperativen Fisteln bestanden oft recht lange Zeit und erforderten nicht selten ein abermaliges operatives Angehen. Der Resturin nach der Ektomie war in einigen Fällen nicht völlig beseitigt. Residualmengen über 300 ccm blieben bei 2 Fällen bestehen. Über die Dauererfolge ist wenig bekannt, da wir die meisten Patienten aus den Augen verloren. Durchschnittliche Heilungsdauer 5—6 Wochen. Ein Patient hatte nach einigen Jahren ein Rezidiv.

Die suprapubische Ektomie nach Freyer ist bei uns die Methode der Wahl geworden. Sie wurde hier bereits kurz nach ihrer Publikation erstmalig ausgeführt. In den allermeisten Fällen wurde in Lumbalanästhesie operiert. Mit Vorliebe wurde dazu das Stovain in Dosen von 6—7 cg verwendet. Die Anästhesie war fast stets ausreichend, üble Zufälle traten niemals auf; hier und da war während der Enukleation noch ein kurzer Äther- oder Chloräthylrausch notwendig; ganz selten gab es einen völligen Versager. Bei der zweizeitigen Ektomie nach Kümmell wurde meistens nur ein kurzer Chloräthyl- oder Ätherrausch zur Schmerzstillung benötigt. Die Enukleation wurde mit dem Finger vorgenommen. Schwierig war dieselbe nur in den Fällen, wo infolge von Entzündungsresten narbige Stränge durchgerissen werden mußten, oder wo der Tumor karzinomatös infiltrierend gewachsen war und demgemäß eine totale Ausschälung unmöglich war. Über die Operation bei Fällen mit reiner Prostataatrophie wurde bereits oben berichtet. Nach der Enukleation wurde per Katheter das Wundbett heiß mit Borwasser gespült. Dasselbe kontrahierte sich danach gut; die Blutung war stets nur gering, so daß wir niemals zu anderen Maßnahmen zu greifen brauchten. In einzelnen Fällen wurde höchstens intravenös 10%ige Kochsalzlösung verabfolgt. Nach 5 Tagen wurde meistens ein Tiemann-Verweilkatheter gelegt, der nach Heilung der Blasenwunde entfernt wurde. Die Durchschnittsdauer bei ungestörtem Heilungsverlaufe betrug 3—5 Wochen. Danach vorgenommene Kontrollzystoskopien ergaben ein glattes, divertikelartig aussehendes Wundbett, das durch die Harnröhre gewissermaßen nach unten drainiert war. Stets konnte man sich den Colliculus seminalis zu Gesicht bringen, wenn die vorangegangene Operation ohne Schwierigkeiten auszuführen gewesen war. Die gleichen Verhältnisse sahen wir bei den operierten, später verstorbenen Fällen, die zur Sektion kamen. Die Duct. ejacul. waren an der Leiche für eine Sonde gut durchgängig, beim

Digitized by Google

Lebenden ließ sich vom Rektum aus des öfteren nach der Heilung Prostatasekret exprimieren. Gestorben sind nach der Freyerschen Operation insgesamt 21, d. h. knapp 17%. Die Todesursache war viermal Herzschwäche im hohen Alter oder Chok, dreimal Embolie der Lungenarterien, fünfmal Pneumonie, viermal Schrumpfniere, dreimal Beckenzellgewebsphlegmone und Sepsis, einmal Magenulkusperforation und einmal ungeklärt. Der letzterwähnte Kranke kollabierte noch in sitzender Stellung etwa 10 Minuten nach der Lumbalanästhesie mit 0,05 Tropakokain, das erstmalig verwendet wurde. Bald erholte er sich wieder. Auf seinen besonderen Wunsch wurde die Sectio alta bei guter Anästhesie als erster Akt der Prostatektomie ausgeführt, kurz darauf wieder Kollaps mit Bewußtlosigkeit, Atemnot, allgemeiner Blässe und Schweißausbruch bei kleinem, beschleunigtem Puls. Innerhalb der nächsten 2 Tage wiederholt gleiche Anfälle und trotz Analeptika Exitus. Die Autopsie vermochte keinen Aufschluß über die Todesursache zu geben. — Sichtet man also das Material, so kann man sagen, daß ein großer Teil „trotz" der Operation gestorben ist. Die Todesfälle infolge von Schrumpfniere stammen von früher, wo die Untersuchungen über Niereninsuffizienz noch nicht so zuverlässig waren; jetzt hätten wir diese Patienten wahrscheinlich nicht mehr operiert. Die Todesfälle infolge von Pneumonie betrafen — bis auf einen Fall — Patienten, bei denen Inhalationsnarkose angewendet wurde; ein Fall von Sepsis ging aus von einem außerhalb vorgenommenen Blasenpunktionsversuch, bei dem seitlich der Mittellinie das Peritoneum verletzt worden war. Die Folge davon war eine schleichende Peritonitis, die letal endigte. Die übrigen Operierten, die Beckenzellgewebsphlegmonen bekamen und von da aus an septischen Allgemeininfektionen erkrankten, hatten stets eine starke, eitrige Zystitis bzw. Pyelitis. Die Infektion nahm ihren Weg meistens vom Prostatabett, ganz selten einmal vom Cavum Retzii aus, das nach jeder Ektomie immer kunstgerecht tamponiert wurde. Obwohl die Zystitis vor dem Eingriff energisch behandelt worden war und auch Harnantiseptika gegeben wurden, ist es denkbar, daß die Zahl dieser Todesfälle noch weiter herabzusetzen ist, wenn mit großer Geduld und Ausdauer der Urin so weit gebessert wird, daß er keine allzu virulenten Bakterien mehr enthält. Eventuell könnte man vorher durch Tierversuche feststellen, in welchem Grade der Urin noch infektiös ist, und vom Ergebnis dieses Versuchs den günstigsten Zeitpunkt für die Operation abhängig machen. Einige chronische Pyelitisfälle aber werden trotz aller Ausdauer kaum zu bessern sein. Bei ihnen muß man die Operation wagen und darf nicht etwa so lange behandeln, bis andere Komplikationen dazu kommen, die die Operationen unmöglich machen. Ich glaube, daß die Mortalitätsziffer bei Anwendung der modernen, oben geschilderten Untersuchungsmethoden, dementsprechender Auswahl des Materials und zweckentsprechender Vorbereitung bei der Freyerschen Operation unter Lumbalanästhesie auf 10% und weniger herabzudrücken ist. Das ist eine gewiß kleine Zahl, wenn man bedenkt, daß es sich hierbei fast stets um Kranke in recht erheblichem Alter handelt. Die meisten Patienten waren 60—70 Jahre alt, der jüngste zählte 33, der älteste 86 Jahre. Nicht weniger als 7 waren über 80 Jahre alt.

Digitized by Google

Alle enukleierten Tumoren wurden histologisch untersucht. In 11 Fällen, d. h. knapp 9%, wurde mikroskopisch die Diagnose Karzinom gestellt. Die Zahl erscheint sehr klein. Doch wurden, wie schon erwähnt, die Fälle, die von vornherein auf Karzinom verdächtig waren und inoperabel erschienen, konservativ behandelt. Außerdem gelangten viele Fälle, bei denen schon klinisch die Diagnose Prostatakarzinom gestellt worden war, auf der chirurgischen Abteilung unseres Krankenhauses zur Aufnahme. In zwei nach Freyer bei uns operierten Karzinomfällen verlief die Operation typisch ohne Schwierigkeiten; die chirurgische Kapsel war noch nicht oder nur in geringem Grade infiltriert; die Diagnose wurde erst histologisch gestellt. Kulenkampff beschreibt gleiche Fälle, die stumpf enukleierbar waren und sogar Dauerheilungen zeigten. Einer unserer Fälle ist 6 Jahre nach der Ektomie an Metastasen gestorben; von dem anderen ist nichts Näheres bekannt geworden. An den Folgen der Operation starb keiner, die Heilung ging glatt von statten. Bei der Differentialdiagnose: maligner oder benigner Tumor ist in geeigneten Fällen das Ergebnis der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeitsprobe von Wert. Wenn bei den Patienten keine beachtenswerte Zystitis oder sonstige Entzündung vorliegt, ist die Geschwindigkeit nach meinen Untersuchungen beim malignen Tumor höher als beim benignen. Solchen ausgewählten Fällen wird man aber leider sehr selten begegnen! Die Angabe, daß oft beim malignen Tumor die Zahl der eosinophilen Zellen im Blute klein, beim benignen Tumor erheblich erhöht ist, konnten wir wiederholt bestätigen. Betont werden muß, daß diese Hilfsmittel natürlich sehr unsicher sind und nie allein ausschlaggebend sein dürfen.

Der größte der entfernten gutartigen Tumoren wog 176 g; der kleinste wog noch nicht 3 g und sah aus wie ein Miniaturrollschinken; ein kleiner Teil davon ragte bürzelförmig als Mittellappen in die Blase hinein. Als Komplikation während der Behandlung trat bei 35 Patienten eine Epididymitis auf, d. h. in 28%. In 4 Fällen kam es sogar zur Abszeß- bzw. Nekrosebildung des Hodengewebes. Die Epididymitis trat sowohl vor und nach der Operation, als auch vor und nach der Verweilkatheterperiode auf. In vielen Fällen haben wir trotz der Epididymitis die Verweilkatheterbehandlung fortgesetzt; der Gummikatheter wurde täglich gewechselt; die Epididymitis verschlimmerte sich dabei nicht; die Zeit bis zur Heilung der Hodenentzündung war die gleiche wie bei den Kranken, bei denen der Verweilkatheter fortgelassen wurde. Ernste Schädigungen der Patienten wurden durch diese Komplikationen nie beobachtet. Wir haben es deshalb nicht für notwendig erachtet, bei jedem zu operierenden Falle vorher eine prophylaktische Vasektomie zur Verhütung der Epididymitis vorzunehmen. Haberer empfahl diese Resektion des Vas deferens früher als Behandlung der Prostatahypertrophie und führt sie auch jetzt noch regelmäßig aus, um die „gefürchtete Epididymitis" nach der Ektomie auszuschalten.

Eine weitere Komplikation nach der Freyerschen Ektomie war die Inkontinenz. Vorübergehend beobachteten wir sie in etwa 5% der Fälle, hartnäckig bestehen blieb sie in nur 2 Fällen, wurde aber mit konservativen Maßnahmen soweit gebessert, daß die Patienten keine erhebliche Belästigung davon mehr hatten. Bei beiden Kranken war die Enuklea-

Digitized by Google

tion infolge von Strangbildungen schwierig gewesen, man kam aus der richtigen Schicht bei der Lösung deshalb heraus, und die Zerreißungen waren ausgedehnter als sonst. Vielleicht hatte dabei der Sphincter externus Schaden gelitten, bzw. seine Innervation.

Die Erfolge der Freyerschen Operation waren im übrigen sehr gut. Nur in 4 % der Fälle blieb trotz der Operation ein Resturin von mehr als 50 ccm zurück. Die größte Menge von Residualharn nach der Ektomie betrug 200 ccm; sie war nicht weiter herabzudrücken, weil die Blasenmuskulatur des alten an Retention gewöhnten Patienten wahrscheinlich überdehnt und erschlafft war. Die Trübung des Urins schwand bei den operierten Fällen meist vollständig nach mehr oder minder kurzer Zeit. Das Allgemeinbefinden hob sich rasch, die Patienten wurden wieder lebensfroh trotz recht erheblichen Alters, so daß man mit Recht von einer Verjüngungsoperation sprechen könnte. Auf Grund unserer Erfahrungen können wir die beizeiten vorgenommene Freyersche Ektomie in Lumbalanästhesie, die in heiklen Fällen zweizeitig vorzunehmen ist, bei entsprechender Auswahl des Materials und ausreichender Vorbereitung deshalb sehr empfehlen.

Reinfektion und Superinfektion in ihren Beziehungen zu der Heilung der Syphilis.

Von

Dr. Ernst Levin in Berlin.

Es gibt eine ganze Reihe von Krankheitszuständen, bei denen es nicht eben von wesentlicher Bedeutung ist, ob eine restlose, ideale Heilung eintritt oder nicht. Anders bei den Geschlechtskrankheiten, bei denen, abgesehen von den Folgeerscheinungen, die für die von ihnen Betroffenen eintreten können, solange die Erkrankung nicht völlig geheilt ist, die unter diesen Umständen immer noch mögliche Übertragung auf ihre Nachkommenschaft und andere Personen in Betracht kommt. Dadurch ist die Frage der restlosen Heilung der Geschlechtskrankheiten und der Möglichkeit der sicheren Feststellung einer solchen von außerordentlicher ärztlicher und sozialer Bedeutung.

Fragen wir uns nun, wie es mit der Möglichkeit dieser Feststellung bestellt ist, so müssen wir leider eingestehen, daß wir davon noch weit entfernt sind; klinische Untersuchung versagt sowohl bei Tripper wie bei Syphilis, und auch die speziellen neueren Feststellungsmethoden, Provokation beim Tripper, WR und Lumbalpunktion, evtl. nach voraufgegangener Reaktivierung bei Syphilis, geben keine sichere Gewähr. Daß beim Tripper eine erneute Infektion haften kann, auch wenn eine voraufgegangene Trippererkrankung noch nicht völlig ausgeheilt ist, war schon lange bekannt, ja man war sogar vielfach der Ansicht, daß die akuten Erscheinungen des neuen Trippers günstig auf die vorher der Heilung widerstrebenden des alten wirkten; die unter diesen Umständen eintretende vermehrte Bildung von Abwehrstoffen dürfte zur Erklärung einer solchen Tatsache herangezogen werden können. Demgegenüber hielt man früher das Auftreten einer frischen Syphilisinfektion bei einem noch nicht völlig ausgeheilten Syphilitiker für ausgeschlossen. Erkrankte ein Mensch zu wiederholten Malen an Syphilis, so galt seine voraufgegangene Syphiliserkrankung als erloschen; die Reinfektion war das einzige, aber — wenn auch nicht recht ersichtlich warum — als sicher geltende Zeichen der Heilung von Syphilis.

Bekanntlich waren die Fälle von Reinfektion in der Zeit der ausschließlichen Quecksilberbehandlung verhältnismäßig selten. Während meiner 5½jährigen, in diese Zeit fallenden Krankenhaustätigkeit dürften, soweit ich mich erinnere, kaum mehr als zwei einigermaßen sichere Fälle von Reinfektion vorgekommen sein, und das noch dazu bei

Digitized by Google

einem aus Prostituierten bestehenden Materiale, bei dem die Möglichkeit einer wiederholten Infektion dauernd gegeben war. Man hat dieses Verhalten ja gerade als einen Beweis für die mangelnde Heilfähigkeit des Quecksilbers betrachtet, ob mit Recht, wird noch weiter zu erörtern sein. Jedenfalls kann es keinem Zweifel unterliegen, daß seit Einführung des Salvarsans und besonders der Abortivbehandlung die Fälle anscheinender Reinfektion sich in einer fast unübersehbaren Fülle gehäuft haben, so daß schon bald ein gewisses Mißtrauen gegen die Richtigkeit mancher Beobachtungen Platz griff und scharfe Forderungen für die Berechtigung, von Reinfektion zu sprechen, aufgestellt wurden. Die Annahme, daß Reinfektion Heilung der voraufgegangenen Syphilisinfektion bedeute, blieb bestehen, ebenso auch die daraus gezogenen Schlüsse auf die Möglichkeit bzw. Wahrscheinlichkeit der restlosen Syphilisheilung durch Salvarsan.

Zu den für eine zweifelsfreie Reinfektion erforderlichen Kriterien gehört — abgesehen von der Notwendigkeit der Feststellung beider Infektionen durch einen erfahrenen, und zwar möglichst den gleichen Beobachter — in erster Linie das Auftreten des Primäraffektes an einer anderen Stelle als beim ersten Male; damit sollen die fälschlich als Reinfektion bezeichneten Fälle von Reinduration ausgeschieden werden. Aber auch die Feststellung einer an einer anderen Stelle aufgetretenen primäraffektähnlichen Läsion ist noch kein Beweis für eine Reinfektion im strengen Sinne, d. h. der Infektion eines, von einer früheren Infektion restlos geheilten Organismus, denn es hat sich auch experimentell gezeigt, daß auch bei einem von einer Syphilis noch nicht völlig geheilten Individuum eine erneute Syphilisinfektion haften, daß es also, ähnlich wie beim Tripper, zu einer Superinfektion kommen kann. Sicher muß ein nicht geringer Teil der als Reinfektion veröffentlichten Fälle als Superinfektion aufgefaßt werden, deren vermehrtes Auftreten sich durch die infolge der intensiven Salvarsanbehandlung, besonders der Abortivbehandlung veränderten Immunitätsverhältnisse des Körpers erklärt. Insbesondere ist das Ausbleiben von Hauterscheinungen — dem übrigens ein Ausbleiben von Erscheinungen an den inneren Organen nicht in gleichem Maße zu entsprechen scheint — einer der Faktoren, der zu einer Verminderung der Reaktionsfähigkeit dieses hoch entwickelten Organes führt. Dazu kommt noch, daß die früher in so ausgedehntem Umfange zur Anwendung gelangende Schmierkur ihre unbestreitbaren Erfolge sicher zum nicht geringen Grade der Anregung der spezifischen Hautfunktion verdankte. Wenn ein Haften des Syphilisvirus bei einer bereits vorher an Syphilis erkrankten Person so selten beobachtet wurde, so braucht dafür nicht unbedingt eine mangelnde Heilung angeschuldigt zu werden; es kann vielmehr der Grund in der Entwicklung einer örtlichen Immunität erblickt werden.

Ein weiteres Erfordernis für das Vorliegen einer wirklichen Reinfektion und damit ein unterscheidendes Merkmal von der Superinfektion soll das Auftreten von Allgemeinerscheinungen bei der zweitmaligen Erkrankung darstellen. Wird in dem Falle des eine anscheinende Reinfektion darstellenden Primäraffektes abortiv behandelt, so wird es häufig nicht zur Entwicklung von Allgemeinerscheinungen kommen können, und der aus ihrem Auftreten zu ziehende Schluß wird hinfällig; aus diesem Grunde ist auch ein Teil der als Reinfektion beschriebenen Fälle als nicht bewiesen abgelehnt worden. Kann aber das Auftreten von Allgemeinerscheinungen überhaupt für eine Reinfektion beweisend sein? Wir wissen doch, daß der Verlauf der Syphilis wesentlich unter dem Einflusse der neueren Behandlungsmethoden ein anderer geworden ist, daß die ziemlich große Regelmäßigkeit des Ablaufes der Erscheinungen, die wir früher zu sehen gewohnt waren, in diesem Maße überhaupt nicht mehr besteht, so daß es fraglich erscheint, ob aus bestimmten Symptomen bzw. ihrem Ausbleiben so bindende Schlüsse auf den Verlauf und die Dauer der Erkrankung zu ziehen sind, wie das früher der Fall war. Das Verhalten der WR ist auch kein mit Sicherheit in die Rechnung einzustellender Faktor.

Praktisch hat die Frage, ob es sich in einem gegebenen Falle um Reinfektion oder Superinfektion handelt, überhaupt nicht die große Bedeutung, die ihr oft zugemessen wird. Am wichtigsten wäre sie für die Entscheidung der voraufgegangenen Heilung. Wir haben aber gesehen, daß die Annahme, eine Reinfektion bedeute mit Sicherheit Heilung voraufgegangener Syphilis, eine durchaus willkürliche, durch nichts bewiesene ist und können daher in keinem Falle mit Sicherheit argumentieren, daß die erstmalige Syphilis restlos geheilt sein muß, weil eine unzweifelhafte Reinfektion vorliegt. Abgesehen hiervon ist es für den Erkrankten gleichgültig, ob er durch Reinfektion oder durch Superinfektion erneut den Gefahren einer von vornherein in ihrem weiteren Verlaufe nicht übersehbaren Syphiliserkrankung ausgesetzt wird. Für die Behandlung aber und für das Interesse anderer Personen ist — und das ist das prinzipiell Wichtigste — zu betonen,

Digitized by Google

daß es sich in beiden Fällen um das Auftreten zunächst hoch infektiöser Erscheinungen. um eine vermehrte Gefahr der Übertragung handelt, daß wir also vom ärztlichen Standpunkt aus uns so verhalten müssen, wie wir es einer frischen Syphilis gegenüber gewohnt sind.

Ob überhaupt bzw. unter welchen Umständen eine Syphiliserkrankung restlos ausheilt, muß dahingestellt bleiben. Sicher ist aber, daß Verhältnisse, unter denen ein erneutes Haften des Virus möglich wird, auch durch eine als unzureichend zu bezeichnende Behandlung geschaffen werden können. Es zeigt das folgender Fall.

H. M., 23 Jahre, Kaufmann. 1. Am 9. April 1920 Primäraffekt am Dorsum penis. Spir. pall. ++, WR negativ. Innerhalb 9 Tagen dreimal Neosalvarsan (0,3, 0,45, 0,6). Am Tage nach der dritten Einspritzung Fieber, Schüttelfrost, starkes Erbrechen, 6 Tage später Ikterus, Leberschwellung; Ikterus nimmt innerhalb der nächsten 14 Tage an Intensität zu, um dann allmählich zu schwinden, so daß nach einer Pause von im ganzen ungefähr 9 Wochen mit einer Schmierkur begonnen werden kann, die gut vertragen wird. Der Versuch, nochmals Neosalvarsan (0,3) zu geben, bewirkt wiederum heftiges Fieber, Magenbeschwerden, so daß von weiterer Anwendung Abstand genommen und die Kur nach 30 Einreibungen (120 g) beendet wird. Allgemeinerscheinungen treten nicht auf. Nach 3 Monaten WR negativ, zweite Kur mit Einspritzungen von Novasurol (zusammen 0,8 Hg). April 1921 WR negativ, Juni dritte Kur, unvollständig, nur wenige Einreibungen, danach WR November sowie April 1922 negativ; Erscheinungen nie wieder beobachtet.

2. Erscheint Ende Januar 1925 mit der Angabe, vor 4 Wochen eine Blase an der Schleimhaut der Unterlippe gehabt zu haben, der dann Drüsenschwellung folgte. Behandlung durch einen praktischen Arzt, nur örtlich, mit Ätzungen. Befund: Ganz leichtes Infiltrat an der Schleimhaut der Unterlippe links, mächtige Schwellung der Drüsen am linken Kieferwinkel, makulo-papulöses Exanthem am Rumpf, Lues palmaris; an den Genitalien keine Erscheinungen, keine Inguinaldrüsenschwellung. WR ++++. Bismogenolbehandlung.

Daß der Fall nach unseren bisherigen Anschauungen nur als Reinfektion aufgefaßt werden kann, ist klar; er genügt noch mehr als ein früher (M. Kl., 1917, Nr. 27) von mir veröffentlichter auch schärferen Anforderungen: Beobachtung der beidermaligen Erkrankung durch denselben Arzt (daß der zweite Primäraffekt zunächst nicht von mir gesehen war, ist ohne Belang, da der von mir erhobene Befund sein Bestehen an der von dem Pat. bezeichneten Stelle sicher macht); die beidemaligen Primäraffekte an verschiedenen, weit voneinander entfernten Stellen; sichere Sekundärerscheinungen bei der zweitmaligen Erkrankung. War die erste Erkrankung wirklich restlos geheilt, so ist eine relativ mäßige Behandlung (1,65 Neosalvarsan, 120 g Ung. ciner., 0,8 Hg in Form von Novasurol, einem als milde wirkend bekannten Präparat) imstande gewesen, diesen Zustand zu bewirken. Möglich ist auch, daß das infolge der Salvarsanintoxikation aufgetretene hohe Fieber günstig auf die Heilung des Syphilisprozesses eingewirkt hat, da es ja nach den neuesten Forschungen sicher einen wertvollen Heilfaktor bei dieser Krankheit darstellen kann.

Vielleicht wird es der experimentellen Forschung, die auf diesem Gebiete bereits eingesetzt hat, gelingen, in die klinisch noch ungeklärten Verhältnisse der Reinfektion und Superinfektion Licht zu bringen und auch ein wirkliches Kriterium für die Heilung der Syphilis zu finden. Die vorstehenden Ausführungen, die im wesentlichen von anderen Seiten Gesagtes zusammenfassen, wollen die Schwierigkeit, unter Umständen Unmöglichkeit betonen, in einem gegebenen Falle bei einer primäraffektähnlichen Affektion zwischen Reinfektion und Superinfektion zu unterscheiden und es als nicht berechtigt erklären, die Reinfektion als sicheres Zeichen der Heilung einer voraufgegangenen Syphilis zu bezeichnen.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marix Unna, Hamburg-Bergedorf.

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

b. Pathologie und Klinik.

Syphilitic Spondylitis (Syphilitische Spondylitis), von B. Cofield und C. F. Little-Cincinnati. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 3, S. 174.) Auf Grund von 111 eigenen Fällen luetischer Rückenmarkskanalerkrankungen bringen Verff. eine Einteilung dieser relativ selten diagnostizierten Affektionen. Der neue Typ, der arthralgische, tritt im Sekundär- oder Tertiärstadium auf und ist charakterisiert durch Entzündungserscheinungen der Synovia mit periartikulären Schwellungen, doch ohne destruktive Erscheinungen an den Wirbeln, weshalb auch der Röntgenbefund im Stich läßt. Weiter sind meist Schmerz und Steifheit in der befallenen Gegend vorhanden und öfter Hypotonie der Ligamente und Muskeln der nicht-ergriffenen Gegenden beobachtet worden. Die gummöse Gruppe ist diagnostisch schwer zu trennen von den ihr sehr ähnelnden tuberkulösen Affektionen der Wirbelsäule, besonders in vorgeschrittenen Stadien, noch dazu da bei diesen Krankheitsbildern die WR oft negativ ist. Bewegungsschmerz wie Druckempfindlichkeit in der erkrankten Zone, ebenso wie Muskelspasmen sind bei der luetischen Spondylitis im Gegensatz zur Tuberkulose gewöhnlich nicht so ausgeprägt, dagegen ist die Hypermobilität der gesunden Partien hier ausgesprochen. Die dritte Gruppe ist unter dem Ausdruck Charcot-Typ zusammengefaßt. Ihre Diagnose ist bei vorhandener lokomotorischer Ataxie leicht, oft führt auch die auffallende Deformation der Wirbelsäule, die unter geringen oder fehlenden Schmerzen entstanden ist, auf den richtigen Weg. Außerdem ist das Röntgenbild distinkt durch seine unregelmäßige Zerstörung der Wirbel verbunden mit extensiven Knochenneubildungen.

F. M. Peter-Hamburg.

Die Beziehung der Angina pectoris zur Syphilis und ihre Behandlung, von Simnitzki. (Klinitscheskoja Medicina, 1925, Bd. 3, Nr. 5.) Wiedergabe einer klinischen Vorlesung mit Rat zum Versuch von NS-Behandlung bei Angina pectoris, da diese in naher Beziehung zur Syphilis stehen kann. A. Jordan-Moskau.

Zur Diagnose der viszeralen Lues (mit Ausschluß der Erkrankungen des Herzens, der Gefäße und des Nervensystems), von A. Luger-Wien. (W. m. W., 1925, Nr. 3, S. 171, Nr. 9, S. 529, Nr. 10, S. 539.) In Fortsetzung eines früheren Artikels bespricht Verf. die klinischen Symptome der Leberlues, mit besonderer Berücksichtigung der Gummata. Ihr Nachweis hängt von ihrer Lokalisation ab. Ihre Konsistenz entspricht im allgemeinen nicht der Härte von Tumorknoten, im Gegenteil ist sie oft so gering und elastisch, daß man von einer Pseudofluktuation reden kann. Selten nur erreichen sie eine erhebliche Härte. Differentialdiagnostisch muß man berücksichtigen, daß man unter Umständen von durch Bindegewebe abgeschnürten inselförmigen Knoten auch den Eindruck eines Gumma haben kann. Dabei kann das zwischen den Gummen gelegene Lebergewebe ganz verschiedene Konsistenz haben, die von den Veränderungen in ihm abhängig sind. Eine starke umschriebene Druckempfindlichkeit wird in zweifelhaften Fällen an Lues denken lassen. Klinisch ist auffallend, daß der linke Lappen bei Lues häufiger befallen zu sein scheint, doch ist dafür der pathologische Nachweis nicht erbracht. Auch die Auskultation verdient zur Diagnose herangezogen zu werden, da sie die die luetischen Prozesse gern begleitende Perihepatitis leicht erkennen läßt. Außer den Reibegeräuschen lassen sich manchmal auskultatorisch im Bereich der Leber auch Gefäßgeräusche wahrnehmen. Ikterus und Aszites gehören nicht unbedingt zum klassischen Bilde der Leberlues, sind aber ab und zu auftretende Begleitsymptome. Die subjektiven Beschwerden sind ganz verschieden. Während auf der einen Seite manche Fälle gänzlich symptomlos verlaufen, zeigen sich bei anderen unbestimmte dumpfe Schmerzen und Druckgefühl im Epigastrium, vielfach finden sich in die

Digitized by Google

rechte Schulter und den Arm ausstrahlende Schmerzen. Charakteristisch soll auch das nokturne Auftreten der Beschwerden sein. Gummöse Erkrankungen der Leber können sehr leicht zu Verwechslungen mit malignen Tumoren der Leber, des Magens, der Niere und auch des Kolons Anlaß geben und zu unnötigen Operationen führen. Auch mit Stauungserscheinungen an der Leber können Gummen verwechselt werden. Fieber ist im Verlaufe der Leberlues nicht selten und muß nicht durch vereiternde Gummen bedingt sein, sondern kann den Krankheitsprozeß als solchen begleiten. Differentialdiagnostisch kommen dabei Leberabszesse, subphrenischer Abszeß, eventuell gleichzeitig andere fieberhafte Erkrankungen in Frage. Zur Stütze der Diagnose ist die Anamnese, eventuell vorhandene anderweitige luetische Stigmata und insbesondere der Ausfall der serologischen Untersuchung von größter Bedeutung, wenngleich auch darauf hingewiesen werden muß, daß eine Erkrankung nicht wegen des positiven serologischen Resultates auch unbedingt eine Lues sein muß. Darauf bespricht Verf. die Lues des Magens, der Lungen und Nieren. Am Magen kommt neben einer leichten Gastritis im Frühstadium der Lues vor allem die gummöse und ulzeröse Veränderung in Betracht. Sowohl die subjektiven Beschwerden wie auch die objektiven Stigmata zeigen dem gewöhnlichen Ulcus ventriculi resp. dem Magentumor ähnliche Bilder. Auch die Röntgenuntersuchung läßt bezüglich des Nachweises einer luetischen Affektion im Stich. Gewisse Symptome, in erster Linie eine positive WR, ferner Achylie und gleichzeitig subjektiv bestehende ulkusähnliche Beschwerden müssen an Magenlues denken lassen. Auch die Lues der Lungen bietet klinisch nichts ausgesprochen Charakteristisches. Interessant sind im Frühstadium die Pleuritiden, die mit einem luetischen Hautexanthem gleichzeitig auftreten können und als Exantheme der Pleura aufgefaßt werden. Bei einer Erkrankung der Lungen ist es kaum möglich, die Differentialdiagnose zwischen Lues und Tuberkulose zu stellen. Der dauernd negative Tuberkelbazillenbefund bei ausgesprochenen Lungenprozessen, besonders bei Zerfallsprozessen, muß an Lues denken lassen, deren Diagnose sich vor allem auf die positive WR stützt und auf die Diagnose ex juvantibus. Auch an den Nieren ist die Diagnose Lues nicht leicht. Das Sekundärstadium wird manchmal von im allgemeinen gutartigen Albuminurien begleitet. Manchmal neigt die Albuminurie zu Rezidiven. Ein schweres Krankheitsbild zeigt die im Verlaufe der Lues unter Umständen auftretende Nephrose, die sich aber in ihren Erscheinungen von Nephrosen anderer Ätiologie nicht unterscheidet und nur durch die WR resp. durch andere syphilitische Stigmata sichergestellt werden kann. Auch hier weist erst der gute Erfolg der spezifischen Therapie auf den richtigen ätiologischen Weg. Auch die Gummata der Niere, wie auch sklerotische Erkrankungen der Niere auf dem Boden der Lues weisen keine typisch-spezifischen Stigmata auf. E. Langer-Berlin.

Syphilis of the Digestive Organs (Syphilis der Verdauungsorgane), von W. E. Gatewood-Iowa. (Am. J. m. sc., 1925, Bd. 169, Nr. 2, S. 253.) Unter 12 000 Aufnahmen auf die innere Station fanden sich nur 0,37% mit Syphilis der Verdauungsorgane. Von 21 Erkrankungen der Leber waren 7 rein gummöser Natur, 10 waren der Laënnec-Zirrhose ähnlich und 3 waren Mischformen von zirrhotischer und gummöser Erkrankung. Ein Fall zeigte Ikterus im Sekundärstadium. Bei 2 Patienten wurde syphilitische Pankreatitis festgestellt; nach Einleitung einer Kur wurde der vorhandene Diabetes geheilt bzw. gebessert. Syphilitische Erkrankungen des Magens und Duodenums sind außerordentlich selten; die Ziffer betrug noch nicht ½%. F. Rosenthal-Berlin.

Zur Klinik der syphilitischen Magenerkrankungen, von Arinnkinn. (Ther. Arch., 1925, Bd. 3, S. 85 [russisch].) Verf. schließt sich der Ansicht Chiaris an, daß die syphilitischen Erkrankungen des Magens ziemlich selten sind, da er während einer 22jähr. klinischen Tätigkeit nur drei derartige Fälle gesehen hat. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um Sub- oder Anazidität, welche nach spezifischer Behandlung, falls es natürlich noch nicht zu einer vollständigen Zerstörung der Schleimhaut gekommen war, einem normalen Säuregehalt Platz macht. Die Magensyphilis wird oft von einer starken Kachexie begleitet, die aber nicht den für Krebs so charakteristischen gelben Hautfarbton veranlaßt. Ebenso ist auch bei der Magensyphilis der zwar verminderte Appetit nicht so stark herabgesetzt wie beim Karzinom. Charakteristische Zeichen gibt es nicht für die Magensyphilis. Die Diagnose kann nicht auf Grund einzelner Symptome, sondern nur auf Grund des Zusammentreffens einer Reihe von Symptomen gestellt werden. A. Jordan-Moskau.

Digitized by Google

Gumma of Coecum Mistaken for Chronic Appendicitis (Vortäuschung von chronischer Appendizitis durch ein Gumma des Zökums), von H. F. Alexander-Lockeport, Neu-Schottland. (Brit. m. J., 1925, Nr. 3351, S. 552.) Ein einige Jahre zuvor an Syphilis behandelter, aber angeblich als ganz geheilt entlassener Fuhrmann wurde mit der Diagnose: chronische Appendizitis zur Operation gebracht. Beim Einschneiden fand man einen festverwachsenen Tumor, Gumma. Ohne weiteren Eingriff Wundnaht. Heilung. Nachher antisyphilitische Behandlung. Schwund des Tumors. Arbeitsfähigkeit. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die viszerale Syphilis, von R. Lurija, (Kasanski Medicinski Journal, 1925, Jg. 21, Nr. 4.) An der Hand einiger sehr instruktiver, der Diagnose mehr oder weniger Schwierigkeiten bietender Beispiele viszeraler Lues gibt Verf. einen schönen Überblick über diese Frage und schließt seine Arbeit mit einigen für die Diagnose wie für die Therapie der viszeralen Syphilis wichtigen persönlichen Ansichten. In diagnostischer Hinsicht sieht Verf. das atypische klinische Bild als charakteristisch für die viszerale Lues an, in Hinsicht der Therapie die Möglichkeit einer Verschlimmerung durch die spezifischen Mittel, nach Art einer Herxheimerschen Reaktion, nicht für ausgeschlossen. Darum muß der Kranke an die Salvarsantherapie gewöhnt werden durch weniger energisch wirkende spezifische Mittel, unter denen die Einreibungen besonders hoch zu schätzen sind, aber auch das altbewährte Zittmannsche Dekok nicht vergessen werden sollte. A. Jordan-Moskau.

Syphilis of the Anus and Rectum (Syphilis des Anus und des Rektums), von C. J. Drueck-Chicago. (Med. J. and Record, 1925, Bd. 121, Nr. 4, S. 197—205, Nr. 5, S. 272—274.) Beschreibung der primären, sekundären und tertiären sowie der bei der kongenitalen Syphilis vorkommenden Erscheinungen. Differentialdiagnose mit Hinweis auf die Bedeutung des Spirochätennachweises und der WR, die jedoch beide trotz bestehender Syphilis negativ ausfallen können. Ulzerative Prozesse aller Stadien können zu Strikturen führen. Bemerkungen über örtliche und allgemeine Behandlung, die sich jedoch ganz innerhalb der Grenzen des allgemein Bekannten bewegen. E. Levin-Berlin.

Diabetes insipidus und Lues, von F. Seligsohn. (M. Kl., 1925, Nr. 20, S. 734—736.) Zwei Fälle, in denen sicher Lues vorlag. Um einwandfrei Diabetes insipidus (nicht Polyurie) zu diagnostizieren, ist es erforderlich, daß die Urinmenge nach NaCl-Entziehung abnimmt, bei nachfolgender NaCl-Belastung wieder steigt. Das traf in dem einen der Fälle zu, in dem anderen trat nur Steigerung des Durstgefühls auf. E. Levin-Berlin.

Über Entzündungen an den Ansätzen gewisser Muskeln im Verlaufe der Syphilis und über Diabetes insipidus bei Syphilis, von S. Ehrmann. (W. m. W., 1925, Nr. 6, S. 343.) An Hand eines Falles weist Verf. auf die Bedeutung hin, die Schmerzen an den Ansatzstellen der Muskeln für die Diagnose der Lues haben können. Findet man ohne sonstige klinische Zeichen an diesen Ansatzstellen lokalisierte umschriebene Schmerzhaftigkeiten, so ist immer an die Diagnose „Lues" zu denken und dementsprechend zu untersuchen. Bei dem Diabetes insipidus auf luetischer Basis wird von den meisten Verfassern eine Reizung des intermediären Lappens und eine reichliche Aufnahme des Hormons in die Blut- und Lymphbahnen angenommen, was ja gerade bei frischer Lues leicht durch periostale resp. meningeale Reizungen bedingt sein kann. Es ist aber auch möglich, daß die Erscheinungen von einer spezifischen Erkrankung der Muskelenden der an der Schädelbasis sich inserierenden Muskeln ihren Ausgang nehmen. E. Langer-Berlin.

Struma gummosa, von C. H. Lasch, Chir. Univ.-Kl. Rostock. (Zbl. f. Chir., 1925, Nr. 14, S. 738.) Die Lokalisation der Lues im Tertiärstadium in der Schilddrüse ist nicht häufig. Noch seltener wird die richtige Diagnose vor der Operation gestellt. In dem vorliegenden Falle handelt es sich um einen 18jähr. Kranken mit einer seit 3 Monaten bestehenden, schnell größer werdenden Schwellung der Schilddrüse. Diese ist gut gänseeigroß, von harter Konsistenz. An der hinteren Schlundwand ein schmierig belegtes Geschwür. WR ++++. Durch eine alsbald eingeleitete antiluetische Kur wurde die Struma nicht beeinflußt. Bei der Operation war die Drüse in ganzer Ausdehnung in gelblich-schwielige Massen von gleichmäßigem Aussehen verwandelt, normales Drüsengewebe war nicht vorhanden. Der histologische Befund sprach „mit fast absoluter Sicherheit" für ein Gumma. E. Landauer-Berlin.

Zur Frage der Erkrankung der Lungen und Bronchien in der Frühperiode der Syphilis, von Ernst Lyon-Köln. (M. Kl., 1925, Nr. 11, S. 403—404). An der

Digitized by Google

Hand der in der Literatur vorhandenen Mitteilungen und einiger selbst beobachteter Fälle glaubt Verf. den Schluß ziehen zu können, daß es noch immer kein typisches klinisches Krankheitsbild der Syphilis der Lungen bzw. der Bronchien in der Frühperiode gibt. Gewöhnlich beruhen Lungenerscheinungen bei Frühsyphilis auf Tuberkulose; aus diesem Grunde darf nur eine vorsichtige antisyphilitische Behandlung stattfinden. E. Levin-Berlin.

Über Luftröhrensyphilis, von E. Fraenkel, Path. Inst. Univ. Hamburg. (M. m. W., 1925, Nr. 9, S. 335.) Vortrag anläßlich der Demonstration einer Reihe von Leichenpräparaten. Für Dermatologen bietet er eigentlich nichts Neues. Verf. weist darauf hin, daß die tertiäre Syphilis der Luftröhre lange gar keine Erscheinungen zu machen braucht, wenn sie nicht durch Sitz oder Entwicklung sich verrät, daß die Narben der Luftröhre wie ein Strickleiterwerk aussehen und daß es zur Arrosion großer Gefäße und zum Durchbruch nach der Speiseröhre kommen kann. Die Folgen des letzteren brauchen nicht so schwer wie beim durchgebrochenen Krebs zu sein. Die Fistel verkleinert sich wieder; die Luftröhre gewöhnt sich an Übertritt von Speise; die Kranken können noch jahrelang leben. Umgekehrt kann die Syphilis auch von der Nachbarschaft (syphilitische Periaortitis) auf die Luftröhre übergreifen. So leicht die Diagnose am Sektionstisch wird, so schwer ist sie für den Kliniker; dieser hat sie aber in unklaren Fällen in Erwägung zu ziehen und wird nach anderen Syphiliszeichen auch noch fahnden müssen. Der Sitz ist verschieden. Das untere Drittel ist am häufigsten erkrankt. Zeit des Auftretens 9. bis 10. Jahr nach der Ansteckung. Prognose: dubia. A. v. Notthafft-München.

Zur Kenntnis der Lungensyphilis, von H. Homma und F. Hogenauer-Wien. (W. kl. W., 1925, Nr. 10, S. 269). Bei der Obduktion einer 46jähr. Frau finden sich in den Lungen orangengroße schwielige Knoten und vielfach verzweigte Narbenzüge, die das Bild einer Lappenlunge hervorrufen. Mikroskopisch findet sich neben Nekrosen ein Granulationsgewebe mit reichlich Plasmazellen, Lymphozyten und Pigment, an den Gefäßen proliferierende Endarteriitis und Endophlebitis. Sehnig verdickte Pleurastellen und das Fehlen jedes anthrakotischen Pigments bestätigen die Diagnose. Ähnliche Lungenveränderungen finden sich bei einem 31jähr. Mann, der in dem durch Narbenzüge unregelmäßig gelappten Unterlappen zwei etwa nußgroße Knoten aufweist und einen landkartenähnlich begrenzten typischen Gummiknoten im rechten Hoden. Die WR ist in beiden Fällen positiv. Dem positiven Spirochätenbefund kommt bei Tumoren der Lunge nicht dieselbe Beweiskraft zu, wie bei solchen des Zentralnervensystems, da es sich um eingedrungene Mundspirochäten handeln kann. Die hier in beiden Fällen vorliegende Lappung der Lungen ist für Syphilis recht charakteristisch, doch muß man sich gerade bei der Lungensyphilis oft mit einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose begnügen. F. Rosenthal-Berlin.

Ein Fall von kongenitaler Dextrokardia und Lues der Lungen wie der Trachea, von Abrossimow. (Ther. Arch., 1925, Bd. 3, S. 71 [russisch].) Verf. beschreibt einen Fall von kongenitaler Dextrokardia und Lues der Trachea wie der Lungen mit günstigem Erfolg durch die spezifische Behandlung. A. Jordan-Moskau.

Untersuchungen zur Syphilis der Harnblase, von F. Moses, Krkst. im Städt. Obdach und Polikl. f. Geschlechtskrankh. im Städt. Krankenh. Moabit. (M. Kl., 1925, Nr. 14, S. 501—502.) Bei systematischen zystoskopischen Untersuchungen von 350 Kranken, von denen sich 90% im kondylomatösen Stadium befanden, ergaben sich durchaus negative Befunde in bezug auf Syphiliserscheinungen an der Harnblasenschleimhaut. Die Syphilis der Harnblase ist jedenfalls eine sehr selten auftretende Erkrankungsform, was damit zusammenhängt, daß es sich um einen abgeschlossenen Hohlraum handelt, der im allgemeinen keinen schädigenden Einflüssen ausgesetzt ist. Die Diagnose der meisten in der Literatur mitgeteilten Fälle wird bezweifelt, für eine einwandfreie Diagnose muß ein positiver Spirochätenbefund gefordert werden. E. Levin-Berlin.

Ostéoarthropathie tabétique lombaire latente avec légère excitation du faisceau pyramidal (Latente tabische lumbale Osteoarthropathie mit leichter Reizung des Pyramidenbündels), von H. Roger und Bassère. (Gaz. des hôp., 1925, Nr. 16, S. 257—258.) Die Osteoarthropathie des 2. bis 4. Lendenwirbels hatte keine Erscheinungen gemacht, sie wurde zufällig gelegentlich einer Röntgenaufnahme entdeckt. Außerdem fanden sich geringgradige Reizungen der Pyramidenbahn, die weniger auf eine diffuse syphilitische Sklerose der hinteren und vorderen Stränge als auf

Digitized by Google

leichte Reizung der Vorderseitenstränge unter dem Einflusse der tabischen osteophytischen Arthropathie zu deuten sind. E. Levin-Berlin.

Über einen Fall von seltenen Pupillenphänomenen, von H. Kalk, Med. Univ.-Klin. Frankfurt a. M. (M. Kl., 1925, Nr. 11, S. 401—402.) Fall von Lues cerebrospinalis mit gastrischen Krisen. Unvollkommene absolute Pupillenstarre (keine Lichtreaktion, ganz geringe wurmförmige, träge Konvergenzreaktion), und zwar auffallenderweise an einem maximal erweiterten Auge. Die Lidschlußreaktion war erhalten bzw. gesteigert. Bei den Krisen konnte eine ihnen voraufgehende Erweiterung der Pupillen festgestellt werden. E. Levin-Berlin.

Patellarreflex-Tabes, von L. Benedek und Fr. Kulcsár-Debreszen. (Gyógyászat, 1925, Nr. 10.) Ein 40jähr. Mann, der vor 15 Jahren eine rechtseitige Hemiplegie bekam, welche in 14 Tagen ohne Bewußtseinsstörungen fast geheilt war, aquirierte eine Syphilis vor 3 Jahren, welche mit 5—6 Schmierkuren, Hg-Injektionen und Salvarsan behandelt wurde. Er zeigt jetzt die Symptome einer Tabes incipiens, mit Erlöschen des Patellarreflexes aber nur auf der linken Seite. Auf der rechten Seite, welche einst gelähmt war, blieb der Patellarreflex erhalten. M. Porosz-Budapest.

c. Ätiologie und Diagnose.

Détermination des indices de courbure de Spirochètes schématiques, von G. Delamare und Achituov. (Compt. rend. acad. des Sciences, 1925, Bd. 92, Nr. 2, S. 81.) Kurze Beschreibung der mit Hilfe eines Winkelmessers ausgeführten Phototechnik zur Messung der Windungshöhe von Spirillen und Spirochäten. Die Messungen, die sehr genaue Resultate ergaben, sind einstweilen erst an schematischen Spirillen- oder Spirochätenformen vorgenommen. H. Lippert-Köln a. Rh.

Die Spirochäten des Primäraffekts, von Meirowsky-Köln. (Zbl. f. Bakt., 1925, Bd. 94, H. 2, S. 122.) Verf. hat aus einem seiner 1913 mit Pappenheims Friedenspanchrom gefärbten und 2 Minuten in Osmiumdämpfen geräucherten Präparate 150 Mikrophotogramme hergestellt, in denen er mit aller Deutlichkeit die Richtigkeit der seinerzeit beschriebenen Veränderungen an Spirochäten bestätigt findet. Auf den der Arbeit beigegebenen Abbildungen sieht man Spirochäten mit Seiten- und Endknospen, ferner seiten- und endständige Dolden und freie Knospen. Die Erbmasse der Spirochäte liegt in der Spirochätenknospe. Aus dieser Knospe wächst eine neue Spirochäte aus, gleichgültig, ob erstere der Spirochäte noch anhaftet oder von ihr losgelöst ist. Diese Fortpflanzungsart hat Verf. in Schankern, die von Spirochäten „wimmeln", in großer Reichhaltigkeit und ohne Schwierigkeit beobachten können. F. Harry-Wiesbaden.

Study of Cultural Requirements of Spirochaeta Pallida (Kulturuntersuchungen der Spirochäte pallida), von Ch. Weiss und D. Wilkes-Weiss. (J. of infect. dis., März 1924, Bd. 43, Nr. 3.) Die Verff. haben die verschiedenen Nährbodenkombinationen geprüft und berichten über ihre Verwertbarkeit zur Kultivierung der Spirochäte pallida. Die Züchtung gelang sowohl auf bestimmten Eier- als auch Blut- oder Serum- oder Gewebenährböden. Als Gewebe wurde mit Erfolg Hodensubstanz, männliche und weibliche äußere Genitalien und endlich ein Zusatz von Leukozytenemulsion zur Bouillon benutzt. Was insbesondere die Zubereitung mit Pferdeserum anbetrifft, so erwies sich sowohl beim erhitzten wie auch beim nicht erhitzten Serum ein Zusatz von 0,2% Agar als wertvoll. Der überwiegende Teil der in den letzten Jahren zur anaeroben Züchtung empfohlenen Nährböden erwies sich als unbrauchbar. E. Rosenbaum-Berlin.

Beiträge zur allgemeinen und speziellen Pathologie der experimentellen Kaninchensyphilis, von Fr. Grätz, Krkh. Hamburg-Barmbeck. (Virch. Arch., 1925, Bd. 254, H. 2, S. 382—408.) Grätz hat zu Untersuchungen über Kaninchensyphilis einen Stamm in regelmäßiger Passage (z. Z. 32. Passage) auf dem Kaninchenhoden weitergezüchtet. Der Stamm wurde aus einem Primäraffekt gewonnen. Geimpft wurde immer ins abgeschlossene Hodenparenchym. Die Versuchstiere zeigten 21 bis 56 Tage nach der Impfung Primärsyphilome in Form von Orchitis circumscripta oder diffusa. Empfänglichkeit des einzelnen Versuchstieres scheint für den Impferfolg eine große Rolle zu spielen. Auf Grund serologischer Befunde hält Verf. es für sicher, daß die Generalisierung des Virus der Entstehung des primären Syphiloms manchmal vorausgehen kann. Die serologischen Reaktionen wurden in manchen Fällen allmählich positiv, bevor der Primäraffekt erkennbar wurde. An Allgemeinsymptomen beobachtete Gr. Kachexie bei manchen Tieren und Alopezie, zuweilen auch Keratitis

Digitized by Google

parenchymatosa, nie aber Schleimhautpapeln oder Erosionen. Bezüglich der Brauchbarkeit der serologischen Reaktionen bei der Kaninchenlues stellt Verf. im Gegensatz zu anderen Untersuchern fest, daß auf dem Höhepunkt der Infektion stehende Kaninchen immer eindeutig positive WR und Flockungsreaktionen ergeben, daß bei normalen Kaninchen die Seroreaktionen immer negativ ausfallen. Spontane Kaninchenspirochätose pflegt auch bei manifesten Symptomen nie positive Seroreaktionen aufzuweisen. Zur Erlangung dieser Resultate muß man sich selbstverständlich einer anderen als der beim Menschen gebräuchlichen Technik bedienen. Außer der Leber weisen andere innere Organe kaum nennenswerte makroskopisch erkennbare Veränderungen auf. Mikroskopisch sichtbare syphilitische Veränderungen wurden besonders in Leber und Lunge festgestellt. — Günstige Beeinflussung der Allgemeinerscheinungen der Kaninchenlues durch Cutren, abschließendes Urteil noch nicht möglich. A. Holländer-Hamburg.

Über die Frage der Impfenzephalitis der Kaninchen und ihrer Beziehungen zur Syphilis, von F. Plaut, P. Mulzer und K. Neubürger-München. (M. m. W., 1924. Nr. 51, S. 1781.) Es gibt durch Syphilisspirochäten hervorgerufene Enzephalitiden bei syphilitischen Kaninchen. Die nach Überimpfung von Paralytikerhirnrinde beobachtete Enzephalitis hat mit der spontanen (nichtsyphilogenen) Kaninchenenzephalitis nichts zu tun; es konnte auch bei ihr das als Erreger der letzteren angesprochene Encephalitozoon cuniculi nicht gefunden werden. Das seiner Natur nach unbekannte Agens, das die „Paralyseenzephalitis" der Kaninchen erzeugt, befindet sich im Impfmaterial; es ist zweifelhaft, ob dieses eine Syphilisspirochäte ist. A. v. Notthafft-München.

Über eine spontan beim Kaninchen auftretende enzephalitische Erkrankung, von J. Schuster, Univ.-Kl. Budapest. (Kl. W., 1925, Nr. 12, S. 550.) In Bestätigung der Arbeiten anderer Verff. kann auch Verf. feststellen, daß es bei den Kaninchen — unter 100 Tieren bei 25 — zu einer spontanen Enzephalitis kommen kann. Bei anderen Haustieren konnte Verf. auch ein gleiches beobachten, so bei Hunden und Katzen, und zwar bei sonst „normal und gesund" erscheinenden Tieren. Bei der Katze konnte Verf. im Gehirn in Rinde und Mark das „Encephalitozoon cuniculi" feststellen. Die Befunde werden noch ausführlich beschrieben. E. Langer-Berlin.

Über eine spontan beim Kaninchen auftretende enzephalitische Erkrankung, von H. Pette, Univ.-Nervenkl. Hamburg-Eppendorf. (Kl. W., 1925, Nr. 6, S. 257.) Verf. hat jedes Kaninchen vor der Benutzung zu experimentellen Untersuchungen zisternenpunktiert und dabei festgestellt, daß ein gewisser Prozentsatz unter denselben — unter 120 Kaninchen 5 Tiere — sowohl serologisch im Punktat wie auch histologisch Befunde aufweist, die denen, die man bei experimentellen Beobachtungen bei Lues und Enzephalitis feststellen kann, sehr ähnlich sehen. Und zwar konnte er serologisch eine geringe bis starke Globulinvermehrung und Pleozytose konstatieren; histologisch zeigten sich die verschiedensten pathologischen Bilder „von einer beginnenden Zellanhäufung bis zu den typischen im Zentrum nekrotisierten Knötchen". Diese Befunde stellen keineswegs das Ergebnis normaler und physiologischer Beobachtungen dar, sondern sie sind die Folge entzündlicher krankhafter Prozesse am Zentralnervensystem des Kaninchens. Es muß sich bei der Erzeugung dieser Erkrankung um ein im Gehirn befindliches infektiöses resp. toxisches Agens handeln, da die Erkrankung durch Überimpfung von Hirnmaterial übertragbar ist. Eine Kontaktinfektion kommt so gut wie nicht in Frage, dagegen die eigenartige Beobachtung, daß diese Infektion nur im Frühjahr vom Verf. beobachtet werden konnte. Ebenso konnte diese Erkrankung der Tiere nur an vereinzelten Orten festgestellt werden. Allerdings muß berücksichtigt werden, daß pathologische Veränderungen vorhanden sein können, ohne daß sie sich zunächst serologisch bemerkbar machen. Die als Encephalitozoon cuniculi bezeichneten Gebilde konnte Verf. nicht nachweisen. Immerhin ist das Studium dieser Erkrankung weiterhin äußerst wichtig, da die Gefahr besteht, daß die experimentellen Forschungen auf dem Gebiete der Lues und der Enzephalitis durch das Vorkommen dieser spontanen Kaninchenenzephalitis stark beeinträchtigt werden und an Wert verlieren können. E. Langer-Berlin.

d. Serologie.

Über Wassermannsche Reaktion bei Prostituierten, von Klemm-Leipzig. (M. m. W., 1924, Nr. 50, S. 1751.) Untersuchungsmaterial: 295 Leipziger Dirnen. Hiervon hatten 27,5% eine ausgesprochene WR. Dieser Prozentsatz betrug aber in

Digitized by Google

der Gruppe der Jahre 21—25: 20, von 26—30: 34 und darüber 27%. (Die Ergebnisse dieser Blutuntersuchungen würden mit der anderweitig vielfach statistisch festgestellten Tatsache im Widerspruche stehen, daß der Großteil der Dirnen schon Anfang der zwanziger Jahre infiziert ist. Ref.) Soweit eine Behandlung durchgeführt wurde, konnte bei 50% im darauffolgenden Untersuchungsjahre eine negative Reaktion beobachtet werden. Klemm schließt sich aber Müller nicht an, der alten Dirnen ruhig ihre WR läßt, weil sie mit ihrer latenten Lues ungefährlicher sind als mit einer nach einer Heilung neuerworbenen. A. v. Notthafft-München.

Liquoruntersuchungen bei syphilitischen Kindern und ihre Bedeutung für die Diagnose, Prognose und Therapie, von F. v. Gutfeld und G. Meyer-Berlin. (Arch. f. Kindhlk., 1925, Bd. 75, H. 4, S. 302.) Untersucht wurden 155 luetische Kinder, die mit Ausnahme von zwei älteren Mädchen durchweg an kongenitaler Syphilis litten. 10% der Kinder zeigten pathol. Liquorveränderungen. Jedoch waren 75 Kinder bereits vorbehandelt, so daß bei etwa 20% der luetischen Kinder mit Liquorveränderungen zu rechnen ist. Mit einer Ausnahme wurde bei positivem Liquor-WR stets positive Blut-WR gefunden. Desgleichen paralleles Verhalten von Liquor-WR und Goldsol. Zellzählungen sind nicht systematisch durchgeführt worden.
R. Ley-Kreuznach.

Weiterer Beitrag zur Frage der Bedeutung der serologischen Blutuntersuchung in tropischen Ländern, von H. Heinemann. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1925, Bd. 29, H. 4, S. 179.) Verf. hat eine große Anzahl von Seren gleichzeitig nach Wassermann und drei Modifikationen der MTR untersucht; er hebt die Besonderheiten, die sich bei der Extraktverwendung in den Tropen zeigen, hervor und macht auf die Schwierigkeiten aufmerksam, die der Beurteilung des serologischen Blutbefundes in Ländern entgegenstehen, in denen neben der Syphilis auch die Framboesie anspricht und ferner Lepra und Malaria zu falschen Deutungen führen können.
H. Fendt-Wiesbaden.

Über den Wert von Provokationsverfahren bei latenter Syphilis, von F. Mras-Wien. (W. kl. W., 1925, Nr. 5, S. 140.) Mras hat nachgeprüft, inwieweit es gelingt, durch verschiedene Maßnahmen, insbesondere durch Salvarsaninjektion bei Luesfällen mit seronegativer Latenz positive Umschläge der Ser.-WR herbeizuführen. Auf Grund von 637 Provokationen erteilt der Verf. folgendermaßen: eine einwandfreie positive Provokation kommt verhältnismäßig selten zur Beobachtung; das Verfahren läßt häufig im Stich. Die negative Provokation gestattet nicht den Schluß, daß sich auch im Zentralnervensystem keine syphilitischen Prozesse abspielen. Eine dauernde Rezidivfreiheit scheint sie bei negativem Liquorbefund dann anzuzeigen, wenn mit der letzten Behandlung zwei Jahre vergangen sind. Durch diese Einschränkungen wird der Wert des Provokationsverfahrens stark vermindert, jedoch nicht aufgehoben, weil uns jede Bereicherung der Methoden, welche der Feststellung endgültiger Ausheilung der Lues dienen, willkommen sein muß.
H. Fendt-Wiesbaden.

Untersuchungen über den serologischen Nachweis experimenteller Kaninchensyphilis, von H. Reiter-Berlin-Dahlem. (Zbl. f. Bakt., 1925, Bd. 94, H. 5, S. 276.) Die MTR liefert die eindeutigsten Ergebnisse. Sie geht mit der Infektion parallel, zeigt unter Umständen bei negativem klinischen Befund das Haften der Infektion vorzeitig an und ebenso die Beeinflussung der Infektion durch spezifische Prophylaktika und Therapeutika. In 17,5% der untersuchten Sera fiel die MTR unspezifisch aus. Die Gründe für den unspezifischen Ausfall bedürfen noch der Erklärung. Nach Abschluß der Arbeit erschien in der D. m. W., 1924, S. 269, eine Arbeit von Manteufel und Beger über „die Serodiagnose der Kaninchensyphilis", die einen weiteren Beitrag zur Klärung vorliegender Fragestellung gibt.
F. Harry-Wiesbaden.

Die Entstehung der syphilitischen Blutveränderung, von H. Sachs, A. Klopstock u. A. J. Weil, Inst. f. exp. Krebsforschg., Heidelberg. (D. m. W., 1925, Nr. 15, S. 589.) Es ist den Verff. gelungen, durch Vorbehandlung von Kaninchen mit Gemischen von arteigenen Organextrakten und Schweineserum eine Blutveränderung zu erzielen, die der syphilitischen Blutveränderung entspricht. Welche Mengenverhältnisse und welcher Turnus der Injektionen die optimalen Bedingungen schafft, ließ sich noch nicht feststellen. Im allgemeinen ist eine 2—3 Wochen lange Vorbehandlung erforderlich, um einwandfreie positive Reaktion zu erzeugen. Die genannten Versuchsergebnisse erbringen die experimentell gesicherte Stütze für

Digitized by Google

die Auffassung der luetischen Blutveränderung als Folge einer Antikörperbildung. Die Antikörperbildung findet nicht allein beim Gewebszerfall statt, sondern auch dann, wenn die freigewordenen Lipoide sich mit bestimmten Substanzen, wie denen des Schweineserums und vermutlich auch denjenigen der Spirochäten, paaren können. Weiterhin lehren die Versuche, daß arteigene Lipoide unter geeigneten Bedingungen zur Antikörperbildung fähig sind. Lipoide können somit Vollantigene sein. Sie gelangen nur deshalb nicht zu immunisatorischer Funktion, weil das körpereigene Eiweiß ihre Antigenfunktion larviert. Erst durch Koppelung mit fremden Stoffen werden sie der schützenden Funktion der Körperbestandteile entzogen, und können ihre Antigenfunktion ausüben. Auch weitgehend isolierte Lipoidfraktionen (käufliches Lezithin) vermögen unter geeigneten Bedingungen Antikörper zu bilden.

F. Harry-Wiesbaden.

Beiträge zum Wesen der Wassermannschen Reaktion. II. Mitteilung. Zur Frage der Reversibilität der Wassermannschen Reaktion, zugleich eine Antwort auf den Aufsatz von Wassermann: „Zur Frage der Spaltbarkeit des syphilitischen Antigenserumaggregates“, von M. Stern und C. Prausnitz, Derm. Univ.-Kl. Breslau u. Hyg. Inst. Greifswald. (Ztbl. f. Bakt., 1925, Bd. 94, H. 7/8, S. 437.) Bei Gegenwart von Komplement erfolgt in Gemischen von Extrakt und Syphilisserum eine Verfestigung der Bindung. Dies ist sowohl bei der WR als auch bei der SGR der Fall. Die Versuche bilden eine weitere Stütze für die Auffassung, daß eine Spaltung des „Wassermann-Aggregates“ im Kieselgurfilter nicht stattfindet. Somit ist auch die von Wassermann zur Klärung zweifelhafter Ergebnisse beider WR vorgeschlagene „Bestätigungsreaktion“ nicht verwertbar. F. Harry-Wiesbaden.

Die Frage der Inaktivierungstemperatur beim serologischen Luesnachweis, von Clara Schuler und E. Urech, Hygiene-Inst. Zürich. (M. Kl., 1925, Nr. 21, S. 781—782.) Inaktivierung auf 60° während 5 Minuten gibt für SGR und WR ebenso gute Resultate wie Inaktivierung während 30 Minuten auf 55°. Dabei Zeit- und Materialersparnis. E. Levin-Berlin.

Experimentelle Beiträge zur Frage über die Wassermannsche Reaktion, von L. Horowitz-Wlassowa-Orenburg. (Ztbl. f. Bakt., 1925, Bd. 94, H. 2, S. 123.) Die Prüfung von 10 verschiedenen Tierspezies in bezug auf Komplementgehalt ergab, daß das Meerschweinchenblut am komplementreichsten ist. Fast den gleichen Komplementgehalt besitzt das Herzblut von Schildkröten und Fröschen. Auch Menschen- und Kaninchensera sind brauchbar, wenn auch erst in größerer Menge (0,2 bis 0,4 cm!). Zwecks Erhöhung des Komplementtiters wird eine parenterale Proteinkörper-Injektion 5—7 Tage vor der Blutentnahme empfohlen. Die Modifikation von Bauer hat sich praktisch brauchbar erwiesen, insbesondere für Sera mit kleineren Mengen von Luesambozeptoren. Die Modifikationen nach Hecht, Stern u. a. werden als unbrauchbar abgelehnt. Sera, die 1—3 Wochen alt sind, wirken eigenhemmend bzw. antikomplementär, obwohl sie äußerlich als gut erhalten erscheinen. Die WR hat sich in etwa 2000 Fällen als durchaus spezifische Reaktion erwiesen.

F. Harry-Wiesbaden.

Der Intensitätsgrad und die Eigenschaften der luetischen Antigene, von V. M. Kogan-Charkow. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1925, Bd. 44, H. 3/4, S. 309.) Das aus dem Stroma syphilitischer Organe (insbesondere aus der Leber) hergestellte Antigen, in dem vorher durch Auspressen alle flüssigen Bestandteile beseitigt worden sind, besitzt eine bedeutend höhere Spezifität als das nach üblichem Verfahren bereitete Antigen, gleichzeitig kommt ihm aber auch eine intensive hämolytische Wirkung zu, wovon das normale Antigen frei ist. Die aus dem Preßsaft syphilitischer Organe hergestellten Antigene besitzen weder spezifische noch hämolytische Eigenschaften. Daraus geht hervor, daß die spezifischen Antigeneigenschaften im Stroma der syphilitischen Organe ihren Sitz haben. Während die aus Preßsaft hergestellten Extrakte die hämolytische Wirkung der Stromaextrakte nicht zu neutralisieren vermögen, geschieht dies mit Normalserum bereits in Mengen von 0,05 bei dem nach diesem Schaltilowschen Verfahren hergestellten Antigen, das als intensiv wirkendes Antigen verwendet werden kann. B. Peiser-Berlin.

Flockungsreaktionen und Wassermannsche Reaktion, von J. Schubert, Deutsche Derm. Kl. Prag. (D. m. W., 1925, Nr. 9, S. 352.) Die Tatsache, daß die WR noch von keiner der anderen Reaktionen übertroffen worden ist, beruht auf dem Feinheitsunterschied in den Reaktionen. Bei der WR stoßen feinste Teilchen des Extraktes mit Syphilisserum zusammen, zugleich wird das Komplement zugesetzt,

Digitized by Google

das eine gewisse Menge Spannungsenergie abgibt. Es erfolgt dann eine allerfeinste, unsichtbar bleibende Flockung mit Verbrauch der ganzen oder eines Teiles der Komplementenergie. Der Grad dieses Verbrauches wird aber nicht direkt, wie bei den Flockungen, abgelesen, sondern indirekt, indem man die für ihre Umgebung riesigen „Hämoglobinballone" hinzusetzt, die an ihrer Oberfläche mit einem „Zündstoff", dem Ambozeptor, überzogen sind. Mit seiner Hilfe vermögen die etwa noch vorhandenen Komplementenergien die „Hämoglobinballone" zu sprengen. Die Flockung dagegen wird genau in dem Maße angezeigt, als die flockende Kraft wirkt.

F. Harry-Wiesbaden.

Etude comparative entre la réaction de fixation du complément et la réaction de floculation dans la syphilis. Méthode de Wassermann, méthode de Vernes (Vergleichende Studie zwischen der Komplementfixations- und Ausflockungsreaktion bei Syphilis [Wassermann, Vernes]), von René Gonin-Lausanne. (Schweiz. m. W., 1925, Nr. 12, S. 252—255, Nr. 13, S. 269—274). Verf. beschäftigt sich zunächst mit der Frage, ob zwischen den Fixations- und den Ausflockungsmethoden ein Band zu knüpfen ist. Es werden die Grundlagen der WR und verschiedene Modifikationen von Jacobsthal, Desmoulières, Bauer, Hecht, Noguchi in ihren Besonderheiten besprochen und darauf hingewiesen, daß es gefährlich ist, ein antihumanes hämolytisches Serum und menschliche Blutkörperchen anzuwenden, weil dabei das zu untersuchende Serum eine nicht spezifische Fixationsreaktion geben kann, was mit der serologischen Variabilität des menschlichen Blutes zusammenhängt. Unter den Ausflockungsmethoden werden zwei Gruppen unterschieden: eine bei der als Reagenz chemische Substanzen dienen, und eine wichtigere, bei der kolloidale Lösungen organischer Elemente zur Anwendung kommen. Die zahlreichen, hierfür vorgeschlagenen Methoden werden geschildert mit besonderem Hinweis auf das von Vernes mit der seinigen verknüpfte kolorimetrische Verfahren. Aus der Gesamtheit der Untersuchungen über die Grundlagen der Vorgänge bei der Fixation und bei der Ausflockung kann der Schluß gezogen werden, daß beide Reaktionen, wenn sie auch auf verschiedenen serologischen Elementen beruhen, nichts anderes darstellen als die Sichtbarmachung der spezifischen serologischen Veränderung der Syphilisinfektion. 110 Seren wurden methodisch nach Wassermann und Vernes, und zwar beides in verschiedenen Laboratorien, untersucht. Es ergaben sich dabei zwischen WR und Vernes in 93,6% der Fälle Übereinstimmung; die Differenzen fanden sich durchweg bei in Behandlung befindlicher latenter Syphilis, indem hier die WR gegenüber Vernes deutlicher positiv ausfiel. Zwischen den drei Laboratorien, in denen die WR ausgeführt wurde, ergaben sich Übereinstimmung in 88,17% bzw. 89,09% bzw. 94,45%. Die WR leidet darunter, daß die Technik eine sehr komplizierte, in den verschiedenen Laboratorien wechselnde ist, daß die Ergebnisse nur eine qualitative, keine quantitative Beurteilung gestatten, daß sie zwar eher positiv wird als Vernes und auch länger positiv bleibt, dadurch jedoch die Gefahr unspezifischer Reaktionen in sich birgt. Demgegenüber ist die Untersuchung nach Vernes zwar auch kompliziert, doch sind die Bedingungen der Untersuchung mathematisch fixiert und überall gleichmäßig, die Ergebnisse nach einer sehr ausgedehnten Skala quantitativ meßbar und stets miteinander vergleichbar; sie gestatten einen Überblick über die Intensität der Infektion. E. Levin-Berlin.

Die Ausflockung des DM-Extraktes durch luische Sera im Vergleich zu den Resultaten der Wassermann-Reaktion, Sachs-Georgi-Reaktion, Meinicke-Trübungs-Reaktion, von J. Hohn und H. Wolf-Essen. (M. m. W., 1925, Nr. 11, S. 429.) Die Arbeit beschäftigt sich mit dem Verhältnis der Lipoidbindungsreaktion zur Komplementbindung. Die Kombination von Komplementbindung und Präzipitation, erstere in der WR mit Bindung des Antigens bei verschiedener Temperatur nach Zeissler, letztere in der DMHo, hat sich den Berichterstattern als die zuverlässigste Untersuchungsmethode in der Serodiagnostik der Syphilis erwiesen. Durch die WR werden die Fälle von Spätsyphilis, durch die DMHo die der Frühlues am schärfsten und sichersten erfaßt. Die Übereinstimmung beider Reaktionen gibt dem Untersuchungsmaterial das höchste Maß von Sicherheit. Dadurch, daß die beiden Methoden sich ergänzen, wird die größte Anzahl der Syphilisanfälle erfaßt. (DMHo ist eine im Original nachzulesende Modifikation der DM durch Hohn.)

A. v. Notthafft-München.

Über eine neue Anwendung der Meinicke-Reaktion in der Liquordiagnostik, von R. Untersteiner-Innsbruck. (Kl. W., 1925, Nr. 6, S. 266.) Nach einer im

Digitized by Google

Original genau angegebenen Technik hat Verf. Liquoruntersuchungen mit der Meinickeschen Reaktion vorgenommen, die zu anscheinend befriedigenden Resultaten geführt haben. Unter 108 Liquors fand Verf. nur dreimal Abweichungen von der gleichzeitig angestellten WR. Die Ablesung erfolgte im Dunkelfeld. Negative Proben zeigten feinste, vollkommen gleichmäßig verteilte Teilchen, positive eine mehr oder weniger grobe Flockung. E. Langer-Berlin.

Über Meinickes Trübungsreaktion, von A. Schükri-Skutari-Konstantinopel. (M. m. W., 1925, Nr. 5, S. 183.) In 95,6% Übereinstimmung von WR u. MTR (Blutuntersuchungen). A. v. Notthafft-München.

Mikroreaktion auf Syphilis, von Meinicke-Hagen-Ambrock. (Mschr. f. Kinderhlk., 1925, Bd. 29, H. 4/5, S. 481.) Um den Schwierigkeiten zu begegnen, beim Säugling ausreichende Blutmengen zu erhalten, hat Verf. eine Mikroreaktion auf Syphilis ausgearbeitet: Blutentnahme mittels Schnepper resp. Messerschnitt. Auffangen des Blutes in einer Kapillare so, daß 2 cm an dem einen Ende von Blut freibleiben. Zuschmelzen des freien Endes und Liegenlassen der Kapillare wagerecht, bei Zimmertemperatur, mehrere Stunden bis Tage. Dann Abzentrifugieren des Serums und Abblasen auf einen Objektträger. Extraktherstellung: 1 cmm Balsamextrakt werden mit 10 cmm 3%iger Kochsalzlösung, nach Erwärmung auf 45°, in einem Röhrchen 3mal hin- und hergegossen. Von dieser Extraktverdünnung ist mit einer großen Öse ein Tropfen Serum gut mit dem ersten Tropfen zu verreiben. Die Tropfen der beiden Ösen müssen sich wie 5:1 verhalten. Bedecken mit Deckglas, nach vorheriger Umrandung mit Vaseline. Das Präparat bleibt 1 St. bei Zimmertemperatur liegen und wird im Dunkelfeld untersucht. Negative Reaktion: ein grau erscheinender Untergrund, auf dem kleine helle Pünktchen in lebhaftester Bewegung zu sehen sind. Sie bedecken gleichmäßig das ganze Gesichtsfeld. Stark positive Reaktion: tief schwarzer Untergrund, statt der Pünktchen dicke, hellleuchtende sternförmige Klumpen. Schwach positive Reaktion: gleichmäßig verteilte kleinere, sternförmige Haufen und zwischen ihnen noch tanzende Pünktchen in mehr oder weniger großer Zahl. Diese neue Mikroreaktion ist außerordentlich einfach und ebenso zuverlässig wie die Makromethode. R. Ley-Kreuznach.

Über unsere Erfahrungen mit der Kuppenablesung der Meinicke-Trübungs-Reaktion (Elkeles) im Vergleich zur Original-Meinicke-Trübungs-Reaktion, von A. Alexander und L. Emmel, Dermat. Abt. Städt. Krkh. Charlottenburg. (M. Kl., 1925, Nr. 8, S. 288—289.) Bei Untersuchung von 2100 Seren erwies sich die MTR als zuverlässig, unspezifische Ausschläge kamen so gut wie nicht vor. Die Reaktionsbreite ist etwas größer als die der WR, die MTR wird früher positiv, später negativ. Die Elkelessche Kuppenablesung erhöht die Reaktionsbreite noch um 14%, zeigt noch schwächst reagierende Fälle an. Wieweit aus ihrem positiven Ausfalle bindende Schlüsse für die Behandlung (Fortsetzung, Wiederholung) zu ziehen sind, steht noch dahin. E. Levin-Berlin.

Undersøgelser over Kahns Faeldningsreaktion (Untersuchungen über Kahns Ausflockungsreaktion), von H. Boas-Kopenhagen. (Hospitalstid., 1925, Nr. 5, S. 97.) Die Kahnsche Vorschrift zur Herstellung des Antigens lautet: Ochsenherz, frei von Fett und Blutgefäßen, wird in der Fleischhackmaschine fein gemahlen, getrocknet, in einer Kaffeemühle dreimal gemahlen, mit Äther im Eisschrank dreimal je 24 Stunden extrahiert, filtriert. Der Rückstand wird bei Zimmertemperatur auf Papier ausgebreitet getrocknet. Zu je 20 g so getrocknetes Herzfleisch setzt man 100 ccm Alkohol absol. zu, läßt 9 Tage im Eisschrank und 1 Tag bei Zimmertemperatur extrahieren. Filtrieren. Die eine Hälfte des Filtrats wird mit Cholesterin (0,4%) versetzt, die andere Portion wird zur Kontrolle ohne Zusatz verwandt. Erstere wird mit 3 Teilen, letztere mit 2 Teilen 0,85%iger NaCl-Lösung unmittelbar vor der Verwendung verdünnt. Zu 0,3 ccm inaktiviertes Serum setzt man im Wassermannglas 0,05 ccm Extrakt, schüttelt gut 1—3 Minuten lang und läßt über Nacht im Thermostat stehen. Agglutinoskop ist überflüssig, sogar nachteilig. B. hat 1403 Sera nach dieser Methode (mit kleinen Änderungen) und zugleich mit Original-Wassermann untersucht und (wie er in ausführlicher Darlegung zeigt) gute Erfolge gehabt, indem bei 91% der Reaktionen volle Übereinstimmung bestand, und nur äußerst selten eine unspezifische Reaktion angenommen werden mußte. Für die Zerebrospinalflüssigkeit ist die Kahnsche Reaktion aber nicht so gut zu verwenden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Clinical Studies on the Kahn Reaction for Syphilis. The Test with Spinal Fluids (Klinische Untersuchungen über die Kahnsche Syphilisreaktion. III. Liquor-Untersuchungen), von H. L. Keim u. R. L. Kahn-Michigan. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 12, S. 881.) Untersuchung an 1000 Liquors, vergleichende Prüfung der WR an zwei verschiedenen Instituten. Bei 222 Fällen von progressiver Paralyse ergaben sich nur 6 divergierende Resultate. Bei der Kahnschen Reaktion waren 3 Fälle positiv, 3 Fälle negativ, bei der WR 4 Fälle positiv, 2 Fälle negativ. Von 124 Fällen von Tabes dorsalis zeigten WR und Kahn 87 positive und 19 negative Ausfälle, 18 verschiedene Ausfälle. Auch hier ergibt die Kahnsche Reaktion genügende Empfindlichkeit. Bei 387 Untersuchungen von Neuro-Syphilis, 250 Fällen von Syphilis der verschiedensten Stadien und 18 Fällen von Gehirn- und Herzkrankheiten nichtsyphilitischen Ursprungs fand sich gute Übereinstimmung. Die Kahnsche Reaktion zeigte bei der Untersuchung der syphilitischen Fälle der verschiedensten Stadien manchmal eine größere Empfindlichkeit. Aus der Tatsache, daß bei allen untersuchten Paralysefällen niemals Kahnsche Reaktion, WR (einstündige und 18stündige Eisschrankbehandlung) gemeinsam negativ gefunden wurden, kann auf die geringe Beeinflussung der serologischen Reaktionen bei der progr. Paralyse geschlossen werden. Die Kahnsche Reaktion ergibt gute Übereinstimmung mit der WR.

A. Holländer-Hamburg.

Eine neue Aktivmethode der Wassermannschen Methode, von R. Griesbach-Gießen. (D. m. W., 1925, Nr. 15, S. 595.) Das Prinzip der Voruntersuchungen lag darin, eine aktive Serumverdünnung ausfindig zu machen, in der die Syphilisreagine und -reaktoren noch ausreichen, um mit besonders auf sie eingestellten Extrakten eine verfeinerte Reaktion zu geben. Als Optimum erwies sich eine Serumverdünnung von 1 : 12,5. Verf. ist auf Grund seiner experimentellen Untersuchungen der Ansicht, daß ein negativer Ausfall seiner Reaktion mit Sicherheit Lues ausschließt, während die positive Reaktion nicht als unbedingt für Lues spezifisch anzusprechen ist.

F. Harry-Wiesbaden.

The Effect of Antisyphilitic Treatment as Gauged by the Sigma Reaction (Die Wirkung der antisyphilitischen Behandlung und deren Beurteilung durch die Sigmareaktion), von P. H. Jones-Oxford. (Brit. m. J., 1925, Nr. 3357, S. 821.) Die von Dreyer u. Ward (Lancet, 1921, I., 956) angegebene Sigmareaktion ist nach Madsen u. a. zur Stellung der quantitativen Diagnose besser brauchbar als die ursprüngliche WR. Verf. hat dieselbe bei einer Beobachtungsreihe von 138 Fällen zu diesem Zwecke verwendet und gibt ausführlich einen durch verschiedene Tabellen vervollständigten Bericht darüber. Behandelt wurde hauptsächlich mit dem Salvarsanpräparat Novarsenobillon; zur Ergänzung wurden Hutchisonsche Pillen (2mal tgl.) gegeben sowie intraglutäale Injektionen von Ol. cinereum und auch intravenöse Injektionen von ½%iger Sublimatlösung (1—4 ccm), wobei Bedacht darauf genommen wurde, durch Vermischung der Lösung mit Blut in der Spritze die Entstehung von Thromben zu verhüten. J. konstatiert nun, daß in der Tat mit dieser Sigmaausflockungsmethode die Menge der im Blute vorhandenen reaktiven Substanzen bei Syphiliskranken sich mit großer Genauigkeit feststellen läßt. Wenn die Herzextrakte genau nach Vorschrift hergestellt werden, bleiben sie lange Zeit in bezug auf Empfindlichkeit durchaus konstant. Als praktische Ergebnisse führt J. hauptsächlich folgendes an: Bei Fällen mit positiver Reaktion im Frühstadium fand man als erste Wirkung der Novarsenobillonbehandlung eine abortive Steigerung der Sigmaeinheiten bei etwa einem Drittel der Kranken. Nachher folgte auf jede Injektion eine Abnahme der Einheiten um durchschnittlich 42% der vorher vorhandenen Menge und bei konsequent durchgeführter Behandlung konnte eine stetige Abnahme bis zu einem dauernd negativen Zustand erzielt werden. Dagegen wurden von 106 Fällen im tertiären Stadium nur drei negativ, und etwa ein Drittel der Fälle zeigten bei der Behandlung keine Veränderung der Reaktion. Nach den Ergebnissen der Sigmareaktion bezeichnet Verf. 0.9 g Novarsenobillon als die wirksamste Dosis und hebt hervor, daß bei einer Zwischenpause von 3 Wochen oder mehr bei den Injektionen sich eine Änderung in der Zahl der Einheiten nicht einstellte. Bei 24 stationär gewordenen Fällen konnte mit intravenösen Sublimateinspritzungen ein Negativwerden der Reaktion auch nicht erzielt werden.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Methodik der Serodiagnostik der Syphilis mittels „Benzochol-Extrakten“, von H. Sachs u. A. Klopstock, Inst. f. exp. Krebsforschg., Heidelberg. (Kl. W.,

Digitized by Google

1925, Nr. 12, S. 550.) Auf Grund eigener weiterer Erfahrungen und von denen anderer Autoren mit ihrer alkoholischen Benzoeharzlösung für die von ihnen angegebene Reaktion kommen sie zu dem Resultat, daß die Benzoeharzlösung in dieser Zusammensetzung bei Verwendung älterer Lösungen in den Extraktverdünnungen leicht Spontanflockungen gibt. Es halten sich die Benzoeharzlösungen nicht länger als zwei Monate gebrauchsfähig und müssen nach dieser Zeit frisch angefordert werden. Der Zeitpunkt der Herstellung wird daher neuerdings auf den Flaschen vermerkt werden. E. Langer-Berlin.

Untersuchungsergebnisse mit der Schnellmethode nach Sachs, Klopstock und Ohashi, von E. Dieper-Berlin. (Kl. W., 1925, Nr. 15, S. 702.) Verf. hat mit der von den genannten Autoren angegebenen Flockungsreaktion im großen und ganzen verglichen mit der WR günstige Resultate erzielt. Als störend empfand er eine feine gleichmäßige Flockung aller Sera, die zum wenigsten bei zweifelhaften Fällen die Ablesung erschwert. Bei Anstellung großer Reihen bedingt die Umständlichkeit der immer einzeln vorzunehmenden Extraktverdünnung und die Empfindlichkeit der Verdünnungen eine gewisse Erschwerung der Reaktion. E. Langer-Berlin.

Kolloidreaktionen in den Körperflüssigkeiten (Blut, Liquor, Harn), von O. Rehm-Bremen-Ellen. (M. m. W., 1924, Nr. 51, S. 1793.) Das Blutserum von Paralytikern, welches „ausgeschüttelt" worden ist, weist mit sehr großer Konstanz positiven Ausfall der Pandy- und Kochprobe auf. Die Fälle von Lues latens zeigen diese Reaktionen sehr häufig; aber diese sind nicht auf syphilitische Prozesse beschränkt. Bei luischen Erkrankungen ist die Reaktion auf die Anwesenheit von Krankheitsprodukten zurückzuführen. A. v. Notthafft-München.

La réaction du benjoin colloidal appliquée à l'etude du sérum syphilitique (Die Kolloidbenzoereaktion und deren Verwendung beim Studium des syphilitischen Serums), von A. Starobinsky-Genf. Derm. Kl. Genf. (Pr. med., 1925, Nr. 21. S. 334.) Die ursprünglich nur für den Liquor cerebrospinalis gebrauchte Benzoereaktion hat St. mit sehr befriedigendem Resultat auch zur Serumprobe verwendet. Das Antigen wird mit einem alkoholischen Extrakt von getrocknetem, pulverisiertem Pferdeherzmuskel hergestellt. Diesem in der üblichen Weise bereiteten Extrakt (10 ccm) wird absoluter Alkohol (15 ccm) und eine 10%ige Lösung von Benzoeharz (4 ccm) zugesetzt. Die so hergestellte Mischung muß vollständig klar und durchsichtig sein. Reaktionstechnik: Man inaktiviert 0,4 ccm Serum 30 Minuten lang bei 56° C und setzt 1 ccm einer verdünnten Lösung des Antigens zu; diese Verdünnung wird durch Mischung von 1 ccm des Stammantigens mit 10 ccm einer 3%igen Lösung von NaCl hergestellt. Antigen, Chlornatriumlösung und Pipetten müssen dabei auf 45° erwärmt sein. Es ist gut, aber nicht unumgänglich nötig, die gut geschüttelten Reagenzröhrchen 2—3 Stunden im Warmschrank zu halten. Bei stark positivem Serum sieht man schon nach 15 Minuten eine Trübung; sonst wird nach 24—48 Stunden der Grad der Ausflockung festgestellt. Verglichen mit WR hatte Verf. in 93,7% seiner Reaktionen Übereinstimmung mit der Originalvorschrift. Verf. empfiehlt die Probe auch für die Kolonien, wo es an Laboratoriumseinrichtungen fehlt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Untersuchungen des Liquor cerebrospinalis mit fabrikmäßig hergestelltem Goldsol (Aurolumbal), von C. Krüskemper, II. Med. Abt. Krkhs. München-Schwabing. (M. m. W., 1925, Nr. 2, S. 51.) Aurolumbal ist eine gebrauchsfertige Goldsollösung von sehr hoher Empfindlichkeit. Sie wird von der chemischen Fabrik Imhausen & Co., Witten a. d. Ruhr, hergestellt. Erst Ausflockungen dritten Grades (Blaufärbung) sind zu verwerten. Solche und Ausflockungen höheren Grades finden sich nur bei krankhaftem Liquor. Bei luischen Erkrankungen des Zentralnervensystems tritt die Ausflockung stets in den für Syphilis charakteristischen Verdünnungen auf; die große Empfindlichkeit des Präparates beeinflußt jedoch die Differentialdiagnose zwischen den einzelnen Krankheitsformen. Jede Aurolumbalprobe muß vor ihrer Verwendung biologisch testiert werden. Luische Kurven wurden vorgetäuscht in der Hälfte der Meningitisfälle und bei Zusatz von Serum zum Liquor.
A. v. Notthafft-München.

Die Konservierung von Hammelblut für die Wassermannsche Reaktion durch Normosal, von J. Hohn, Bakt.-serol. Labor. Stadt Essen. (M. m. W., 1924, Nr. 49, S. 1707.) Hierzu muß die Lösung mit 1% Karbol versetzt werden. Die Blutkörperchen erhalten sich darin tagelang. Die WR wird durch diese Konservierungsmethode nicht beeinflußt; zur Verdünnung des Blutes muß jedoch Kochsalz-

Digitized by Google

lösung benutzt werden; sonst kommt es zur Hemmung. Vermutlich ist diese auf Glykollgehalt der Normosal-Lösung zurückzuführen. A. v. Notthafft-München.

Über Trockenkomplement, von A. Poehlmann, Derm. Univ.-Kl. München. (M. m. W., 1925, Nr. 5, S. 222.) Der Reaktionsausfall ist weniger scharf als bei flüssigem Komplement. Die Trocknung schädigt zwar nicht die hämolytische Kraft, wohl aber die Bindungsfähigkeit des Komplements. A. v. Notthafft-München.

Über die Brauchbarkeit des Trockenkomplements (nach Straub) zur praktischen Ausführung der Wassermannschen Reaktion, von K. E. F. Schmitz-Berlin. (Zbl. f. Bakt., 1925, Bd. 94, H. 3/4, S. 177.) Mit 154 Patientenseren wurde Wassermannsche Reaktion vergleichend mit frischem und Trockenkomplement, das von der Fa. L. W. Gans nach dem Straubschen Verfahren hergestellt wurde, angestellt. Das Ergebnis eine weitgehende Übereinstimmung beider Komplementarten. Die Schlußfolgerungen, die für die Praxis der Serodiagnostik der Syphilis von größter Wichtigkeit wären, daß nämlich das Trockenkomplement zur Anstellung der WR. mit Erfolg verwendbar ist, müssen jedoch noch vorsichtig gewertet werden, da gerade in letzter Zeit von anderer Seite gegenteilige Erfahrungen publiziert wurden. F. Georgi-Breslau.

Über Versuche mit dem Trockenkomplement Pharmagans, von M. Stern, Serodiagn. Abt. Univ.-Hautkl. Breslau. (D. m. W., 1925, Nr. 10, S. 397.) Das Trockenkomplement Pharmagans hat sich als nicht brauchbar erwiesen, da es die antikomplementäre Eigenschaft der Sera erhöht und in zahlreichen Fällen, die, mit frischem Komplement untersucht, negativ sind, größere und kleinere Hemmungen der Hämolyse hervorruft. Nach der Drucklegung der Arbeit übersandte die Firma neue Versuchsmengen, die sich im Gegensatz zu den erstgesandten Proben bewährt haben. F. Harry-Wiesbaden.

Zur Technik der Subokzipitalpunktion, von E. Bescht, II. Inn. Abt. Rudolf-Virchow-Krankenh. Berlin. (M. Kl., 1925, Nr. 11, S. 399—400.) Für die Einsicht in die Technik der Subokzipitalpunktion sind Röntgenbilder den dafür empfohlenen Leichenversuchen überlegen. Nach den so gewonnenen Erfahrungen ist der geeignete Weg zur Punktion das Eingehen am tiefsten Punkte, also dem Boden der Subokzipitalgrube. Dieser Punkt liegt in der Mitte zwischen der Protuberanz des Okziput und dem als Höcker vorspringenden und tastbaren Dornfortsatz des Epistropheus. Bei dem tieferen Weg besteht die Gefahr, das Tuberculum post. des Atlas für das Okziput zu halten und dadurch mit der Nadel in bedenkliche Nähe des Rückenmarks zu kommen. Bei mageren Personen ist jedoch das, was man als Höcker fühlt, bisweilen nicht der Dorn des Epistropheus, sondern das Tub. post. des Atlas. E. Levin-Berlin.

Zur Technik der Subokzipitalpunktion, von A. Fried-Wladikawkas. (M. m. W., 1924, Nr. 52, S. 1821.) Vorschlag, die Punktion der Cisterna cerebello-medullaris gefahrloser zu machen, indem man auf der Punktionsnadel einen hohlen Metallzylinder (oder ein Metallkügelchen) mittels einer bis zum Hohlkanal durchgehenden Schraube befestigt. Hierdurch wird ein Vordringen der Nadel über die gewünschte Tiefe verhindert. A. Wittgenstein-Berlin.

e. Therapie.

Prevention of Congenital Syphilis by Treating Mother During Pregnancy (Verhütung der kongenitalen Lues durch Behandlung der schwangeren Mutter), von J. S. Lawrence-New York. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 6, S. 432.) Von 65 zur Behandlung kommenden Schwangeren war es bei 18 bisher schon zu 50 Empfängnissen gekommen, die alle entweder mit Fehlgeburten oder Frühtod des lebenden Kindes geendet hatten. Bei den übrigen 47 Frauen war es bisher in etwa der Hälfte der Empfängnisse zu lebenden Kindern gekommen. Nach Einsetzen der Behandlung, bestehend aus 8 Salvarsan-, 15 Quecksilberinjektionen mit Wiederholung in 6 Wochen, kam es bei fast allen Frauen zur Geburt eines lebenden, gesund bleibenden Kindes. F. Rosenthal-Berlin.

Treatment of Syphilis throughout Pregnancy (Fortgesetzte Behandlung der Syphilis während der Gravidität), von R. Forgan-Glasgow. (Brit. m. J., 1925, Nr. 3357, S. 829.) Bericht über einen Fall von energisch behandelter Syphilis, bei dem trotzdem ein kongenital-syphilitisches Kind geboren wurde, nachdem die antisyphilitische Behandlung während der Gravidität unterlassen worden war. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Über die Behandlung resistenter syphilitischer Ulzerationen mit Pyrogallussäure, von A. Buschke und O. Leissner, Derm. Abt. Rudolf-Virchow-Krkh. (M. Kl., 1925. Nr. 21, S. 768—769.) In zwei Fällen von trotz lange fortgesetzter, mannigfach wechselnder und kombinierter Behandlung stetig fortschreitenden syphilitischen Ulzerationen trat durch Pyrogallolbehandlung Überhäutung ein. Es ist mit schwachen Konzentrationen (2—5%) zu beginnen und zu möglichst starken (30—50%), evtl. bis an die toxische Grenze unter sorgfältiger Überwachung (Urin) zu steigen. Zur Bekämpfung der Schmerzhaftigkeit der stärkeren Konzentrationen dient Anästhesin. Eventuell kann reines Pyrogalluspulver aufgestreut und mit 50%iger Pyrogallussalbe überdeckt werden. Stark ulzerierte und unterminierte Ränder erfordern chirurgische Vorbehandlung. Bei Ulcus cruris, das nur 20%ige Salbe erfordert, waren die Erfolge nicht ebenso befriedigend. E. Levin-Berlin.

Le traitement des méningites syphilitiques (Die Behandlung der syphilitischen Meningitiden), von E. Schulmann und E. Terris. (Progr. méd., 1924, Nr. 51, S. 775 bis 779.) Zunächst soll prophylaktisch durch energische Behandlung jeder Syphilis und Kontrolle des Liquors der Meningitis nach Möglichkeit vorgebeugt werden. Bei der eigentlichen Meningitis scheinen Salvarsanpräparate am wirksamsten zu sein. Die Erfolge der intralumbalen Behandlung sind so, daß bei den immerhin dabei beobachteten Todesfällen sie auf vereinzelte, besonders geartete Fälle beschränkt werden muß. Auf jeden Fall energische Behandlung, serologische und zytologische Kontrolle des Liquors, beides lange Zeit fortgesetzt. E. Levin-Berlin.

Bemerkungen zu dem Aufsatz: Kutzinski, Beitrag zur Paralysebehandlung, von J. Klaar, Klin. f. Geschl.- und Hautkrankh. d. Univ. in Wien. (M. Kl., 1925. Nr. 18, S. 667.) Zu der von K. veröffentlichten Beobachtung (M. Kl., 1925, Nr. 2) des günstigen Einflusses fieberhafter Salvarsandermatitiden auf den Verlauf der Paralyse, wird auf ähnliche Beobachtungen aus allen Stadien der Syphilis hingewiesen. Jedoch erscheint der Vorschlag, Salvarsandosen anzuwenden, die geeignet sind, Eiweißfieberreaktionen erheblichen Grades auszulösen, bedenklich, weil damit Gefahren für das Leben verbunden sind. Auch sind die betreffenden Reaktionen durchaus nicht von der Höhe der Dosis abhängig. E. Levin-Berlin.

Observations after Ten Jears on a Series of Cerebrospinal Syphilitics Treated by Intravenous and Intraspinous Therapy (Zehnjährige Beobachtungen einer Reihe von Fällen von Zerebrospinalsyphilis, die intravenös und intralumbal behandelt wurden), von G. Draper-New York. (Am. J. m. sc., 1925, Bd. 169, Nr. 1, S. 39.) Das Material besteht aus 25 Patienten der Spätsyphilis zumeist mit Symptomen der Liquorlues oder Tabes incipiens, die in dieser Periode kombiniert endovenös-endolumbal (nach der Methode von Swift Ellis) behandelt worden waren. Von den 16 Fällen, die 10 Jahre verfolgt werden konnten, waren 7 gestorben, 9 am Leben und frei von klinischen oder Liquorsymptomen. Außerdem drei ausführliche Krankengeschichten von Pat., bei denen es nicht gelang trotz intensivster Behandlung im Spätstadium (bis zu 35 endolumbale Behandlungen!) den Liquor — ausnahmslos vom Paralysetypus — zu sanieren und den Ausbruch einer Paralyse zu verhüten. Dieser Mißerfolg wird zurückgeführt auf einen konstitutionellen Faktor, der durch eine spirochätizide Behandlung nicht zu beeinflussen ist.

A. Wittgenstein-Berlin.

Results Secured by Standard Methods of Treatment in Neurosyphilis (Erfolge methodischer Behandlung bei Nervensyphilis), von J. H. Stokes u. L. W. Shaffer-Rochester. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 23, S. 1826.) Bei manchen Typen von Neurosyphilis besteht für den Pat. begründete Aussicht auf klinische und serologische Wiederherstellung, die eine Reihe von Jahren anhalten kann, wie Verff. an der relativ großen Zahl von 405 Fällen beobachten konnten. Bedingung hierfür ist eine energische, streng methodische Behandlung, welche in intravenöser Einverleibung von Arsphenamin (nicht Neoarsphenamin), gleichzeitiger intramuskulärer Applikation eines löslichen Quecksilbersalzes und intravenöser Jodnatriumeinspritzung, in den Zwischenpausen zwischen diesen Kuren Perioden von Quecksilbereinreibungen und bei besonders hartnäckigen Fällen intraspinale Injektionen (nach Swift-Ellis mit Ogilvies Modifikation). Gut bis ausgezeichnet waren die Erfolge — Verschwinden der Symptome und der serologischen Befunde — in 90% der Fälle von Gehirnhaut-, in 74,5% von Zerebrospinalsyphilis, 48,3% von Tabes usw. Keinerlei Besserung zeigte sich bei 15,8% der letzteren, 10,6% der Zerebrospinal- und 3% der Gehirnhautsyphilis. Die serologischen Befunde bei allgemeiner Paralyse können nicht maßgebend

Digitized by Google

sein für eine klinische Diagnose. Viele sicher paralytische Kranke (Paralyse ohne Lähmung) werden, wenn sie allein nach den Blut- und Rückenmarksflüssigkeitsbefunden beurteilt werden, auf systematische, lange fortgesetzte Behandlung Genesung finden; die Prognose der wirklichen Allgemeinparalyse bleibt nach den älteren Methoden bezüglich des Dauererfolges hoffnungslos, wiewohl zeitweise klinische und serologische Besserung vorkommen kann. Besserung der subjektiven Erscheinungen sollte das erste Zeichen des Behandlungserfolges bei Neurosyphilis sein, während die objektiven neurologischen Zeichen von sekundärer Bedeutung sind. Fortsetzung der Behandlung über den Gipfel höchster klinischer Besserung hinaus mit der Aussicht, dauernden serologisch normalen Befund zu erzielen, ist bei der Mehrzahl der Pat. erwünscht und wohl vereinbar mit einem guten symptomatischen Resultat. Während individuelle Behandlung immerhin wichtig ist, besonders bei späteren Fällen oder solchen, bei welchen eine längere Kur bereits eingesetzt hat, haben sich Verff. die hier vorgeschlagene Systematisierung, die Intervalle der Behandlung, das geringste erforderliche Maß an Medikamenten und die beschriebene Technik in hohem Grade bewährt. Tabellarische Übersichten über Behandlungszeit, Menge der gebrauchten Medikamente, serologische Befunde usw. bei den obengenannten Krankheitsgruppen. M. Stern-München.

Neue Errungenschaften bei der Behandlung der Syphilis, von Lipskerow und Grshebin. (Westnik Sowremennoj Medicini, 1924, Nr. 6—8.) Eine willkommene Übersicht. A. Jordan-Moskau.

Neue Theraphie der Syphilis, von Fr. Keve-Budapest. (Gyógyászat, 1925, Nr. 9) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Sitzung der Krankenkassenärzte, referierende Zusammenfassung. M. Porosz-Budapest.

Resultaterne af Behandlingen af 48 Børn med medfødt Syfilis paa Værgeraadets Børnehjem i København (Behandlungsresultate bei 48 Kindern mit kongenitaler Syphilis im Vormundschaftsamtlichen Kinderheim zu Kopenhagen), von H. Boas. (Hospitalstid., 1925, Nr. 8, S. 175.) Nachdem Edvard Welander 1900 in Stockholm zuerst den Gedanken verwirklichte, ein Heim für bedürftige Kinder mit kongenitaler Syphilis zu schaffen, wo sie bis zum 3. und 4. Lebensjahre Pflege und Behandlung finden sollten, bis die Ansteckungsgefahr beseitigt ist, sind verschiedentlich ähnliche Institute gegründet worden. Die jetzt unter B.s Aufsicht stehende Anstalt Vaergeraadets Börnehjem unterscheidet sich von der Welanderschen Gründung insofern, als darin Kinder bis zum 14. und 15. Lebensjahr untergebracht werden, sofern sie syphilitisch infiziert sind und Grund gegeben ist, sie der elterlichen Aufsicht und Pflege (bzw. Mißhandlung) zu entziehen. Seit 1909 sind 48 Kinder im Heim aufgenommen worden, 46 mit kongenitaler, 2 mit frühzeitig akquirierter Syphilis. Gestorben sind 2, eins an krupöser Pneumonie, eins an Empyem. Zur Behandlung der Syphilis kam bis 1916 ausschließlich Quecksilber in Anwendung; seitdem auch Salvarsan, sofern die WR positiv ausfiel. Im übrigen hat B. es zur Regel gemacht, bei allen Kindern zweimal im Jahr eine Einreibungskur mit je 30 Einreibungen vorzunehmen. Ein Nachteil dieses Verfahrens machte sich niemals bemerkbar, und die definitiven Resultate waren entschieden gut. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Arzneimittel zur Behandlung der Syphilis, von R. Ledermann-Berlin. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1925, Nr. 6, S. 161.) Die Arbeit stellt ein für die „Gemeinsame deutsche Arzneimittelkommission" bestimmtes Gutachten dar; sie beabsichtigt daher nicht, etwas Neues zu bringen. Verf. bespricht in ebenso knapper wie klarer Form die gebräuchlichste Quecksilber-Wismut-Jod- und Salvarsanpräparate, ihre Indikationsbreite, Wirkungen und Nebenwirkungen. Zum Schluß eine Aufzählung der für die Kassen- und Privatpraxis empfehlenswertesten Präparate. F. Jacobsohn-Berlin.

La terapia sterilizzante di Ehrlich della sifilide recente (Ehrlichs sterilisierende Therapie der rezenten Syphilis), von L. Philippson-Palermo. (Policlinico, 1925, Nr. 14.) Verf. berichtet über seine Erfahrungen bei Abortivkuren, deren unbedingter Anhänger er, je mehr er sich von der Wirksamkeit des Salvarsans im Verlaufe vieljähriger Anwendung überzeugte, geworden ist. In dieser Ansicht wurde er nicht nur durch die konstante Symptomlosigkeit seiner Pat., welche er vor 1—2—3 Jahren teils der gemischten, teils der reinen Salvarsankur unterworfen hatte, bestärkt, sondern auch durch die von ihm konstatierte Symptomlosigkeit von Frauen und Kindern der von ihm abortiv behandelten Pat. Verf. gibt seiner Arbeit 3 Tabellen bei, deren erste die gelungenen Abortivkuren bei 15 mit einer einzigen Kur

Digitized by Google

behandelten wassermann-negativen Primärfällen (Beobachtungszeit 1—3 Jahre), die zweite 18 mit 2 gemischten Kuren behandelte wassermann-positive und -negative Primärfälle betrifft und welche bei 1—6jähriger Beobachtung rezidivfrei bei stets negativer WR geblieben sind. Die dritte Tabelle enthält sechs sekundäre Fälle, welche durch Salvarsan und Hg ebenfalls dauernd symptomlos wurden. Die Technik war die übliche, nur sei hervorgehoben, daß der Verf. auch die Dosis V und VI verwendete, und zwar bei 5—6—7tägigen Abständen. Gesamtmenge 5 g. Vorher aber machte er Probeinjektionen mit der I. oder II. Dosis zwecks Feststellung einer eventuellen Intoleranz; es kamen aber auch bei dieser Dosis ab und zu bei Fällen mit Roseola oder bei präexanthemalen Primäraffekten Schüttelfrost, 40° Temperatur, Erbrechen und Kopfschmerzen vor, was Verf. aber nur als Reaktion des Organismus auffaßt und was ihn nicht hindert, dieser Injektion eine zweite, aber gleiche Dosis folgen zu lassen. Bei den folgenden höheren Dosen durfte aber diese Reaktion nicht mehr vorkommen. Die nitritoiden Krisen schreibt Verf. nur schlechten Fabrikaten zu. Eine besondere Bedeutung aber mißt er der raschen Rückbildung der Drüsen bei. Verf. hatte auch acht Mißerfolge, bestehend in Positivbleiben der WR, was er zu langen Intervallen zwischen den einzelnen Injektionen zuschreibt. Es wurden fünf Fälle von sicheren Reinfektionen nach gemischter SaHg-Kur und drei nach reiner Sa-Kur beobachtet. Bemerkenswert ist besonders, daß nach Verf. Ansicht man einem abortiv behandelten Primärluetiker bereits nach einem Jahre den unbedingten Ehekonsens erteilen könne. Zum Schlusse illustriert Verf. den Unterschied zwischen einer antiluetischen Behandlung „einst und jetzt" durch einen Dialog zwischen ihm und einem Pat., wobei sich Verf. in überaus begeisterter und optimistischer Weise über den Wert der Abortivkuren äußert.

E. Freund-Triest.

Zur Frage der Abortivbehandlung der Syphilis, von Matuschkin-Omsk. (Wratschebnaja Gaseta, 1925, Nr. 2 u. 3.) Die Dauerheilung gelingt vollkommen bei allen seronegativen Primäraffekten und auch bei denjenigen, welche nach begonnener Behandlung zeitweilig in die seropositive Phase übergehen. Die seropositiven Fälle können nicht mit einer Kur geheilt werden. Die gelungene Abortivkur kann aber nicht nur durch die serologische Untersuchung entschieden werden, sondern hängt auch vom Zustand der Lymphdrüsen und des Primäraffektes ab. Die nach dem Schema von Zumbusch vorgenommene energische Abortivbehandlung wird in der Mehrzahl der Fälle gut vertragen. A. Jordan-Moskau.

Allgemeine Betrachtungen über die Behandlung der Syphilis, von Prof. Soboleff, (Wratschebnoje Delo, 1925, Nr. 10—11.) Verf. spricht sich gegen die großen Salvarsandosen aus, weil diese, wie aus Sektionen von an Salvarsantod zugrunde Gegangenen ersichtlich, die Gefäßwände schädigen. Die Kuren dürfen daher nicht zu forciert sein, sondern es sind mittlere Salvarsandosen — nicht höher als 0,6 NS und nicht öfter als jeden 6. Tag — angebracht. Die Behandlung muß früh beginnen und genügend lange fortgesetzt werden. Für jede Kur sind 4,0—4,5 NS wünschenswert. Neben der spezifischen Behandlung sind hydrotherapeutische Maßnahmen und alles, was sonst die natürlichen Schutzstoffe des Körpers steigert, dringend notwendig.

A. Jordan-Moskau.

Zur Technik der intravenösen Injektion, von S. Askanazy-Königsberg. (M. Kl., 1925, Nr. 18, S. 666—667.) Bei Venen mit starren Wandungen empfiehlt es sich, nach Anlegung der Staubinde und Desinfektion die Haut des Unterarmes 10 cm unterhalb der Einstichstelle mit dem linken Daumen straff nach unten zu ziehen. Dadurch werden die Venen besser fixiert und können nicht so leicht ausweichen.

E. Levin-Berlin.

Eine Methode zu sofortiger Behandlung von Salvarsaninfiltraten, von F. Dietel, Univ.-Kl. f. Haut- u. Geschl.-Krankh. Erlangen. (M. m. W., 1925, Nr. 4, S. 128.) Referent hat wiederholt auf das Fehlerhafte der Injektionen konzentrierter Salvarsanlösungen hingewiesen. Da aber trotzdem mit den ganz kleinen Spritzen weitergearbeitet wird, so werden besonders von praktischen Ärzten und Lernenden der Kliniken immer wieder Infiltrate erzeugt, die man bei vorsichtiger langsamer Injektion ganz verdünnter Lösungen gut hätte vermeiden können. Da ist es ein ganz guter richtiger Gedanke Dietels gewesen, in solchen Fällen sofort 20 ccm Kochsalzlösung nachzuspritzen. A. von Notthafft-München.

Was macht man, wenn Salvarsan nebenan ging?, von F. Burkart-Duisburg. (M. Kl., 1925, Nr. 17, S. 627—629.) Gleich nach der Fehleinspritzung Infiltrations-

Digitized by Google

anästhesie mit Eusemin (1 bis einige ccm), die die Schmerzen sofort beseitigt, eventuell nochmals wiederholt werden kann. Später zur Resorption Ichthyol, Wärme, methodische Kompression, Anwendung von Schneppern nach vorheriger Stauung.
E. Levin-Berlin.

Biochemical Studies on the Behavior of the Leucocytes after Intravenous Administration of Alkalinized Salvarsan (Biochemische Studien über das Verhalten der Leukozyten nach intravenöser Salvarsanbehandlung), von E. F. Mueller u. C. N. Myers-New York. Proceedings of Soc. f. Exp. Biology a. Med., 1924, Bd. 22, S. 95—98.) Im Tierexperiment haben Verff. versucht, nähere Aufschlüsse darüber zu gewinnen, worauf die nach intravenöser Salvarsaninjektion entstehende Leukopenie im peripheren Blut zurückzuführen sei. Sie konnten durch ihre Untersuchungen bestätigen, daß die Annahme, es handle sich dabei um eine Verteilungsleukopenie, dadurch hervorgerufen, daß die Leukozyten in den inneren Organen zurückgehalten werden, richtig sei. Bei ihren unmittelbar nach der Salvarsaninjektion getöteten Tieren (Ratten) ergab sich eine ausgesprochene Leukopenie in den peripheren Blutgefäßen, der konform ging eine Herabsetzung der Leukozytenzahl im Herzblut, während im Leberblut eine bedeutende Leukozytose sich feststellen ließ. Inwieweit auch noch die anderen abdominalen Organe an dieser Zurückhaltung der Leukozyten teilhaben, darüber geben die Versuche keinen Aufschluß wegen der Unmöglichkeit einer sicheren Zellzählung in diesen Organen. Die Tötung der Tiere erfolgte durch Luftembolie, da alle anderen zum Tode führenden Eingriffe ähnliche Verschiebungen des weißen Blutbildes zur Folge haben wie die durch intravenöse Salvarsaninjektion beschriebenen. Soweit sich aus Tierversuchen Rückschlüsse auf die menschliche Pathologie ziehen lassen, ist die durch Salvarsan verursachte Leukopenie im peripheren Blut als Folge einer Zurückhaltung der Leukozyten im Blut der Leber zu betrachten. B. Peiser-Berlin.

Syphilisbehandlung mit hohen Neosalvarsandosen, von Teodosijevitis-Valjevo (Serbien). (D. m. W., 1925, Nr. 15, S. 608.) Ebenso wie Rosenthal (D. m. W., 1924, Nr. 19) empfiehlt auch Verf. die Behandlung der Syphilis mit hohen Dosen Neosalvarsan (0,75—0,90) in 10%iger Chlorkalziumlösung. Zur Vermeidung von Nebenwirkungen muß die Applikation in liegender Stellung des Pat. erfolgen. Die Anfangsdosis für Frauen beträgt 0,60. F. Harry-Wiesbaden.

The Chemotherapy of Sulpharsphenamin: I. Toxicity and Trypanocidal Efficiency (Die Chemotherapie von Sulpharsphenamin: I. Toxizität und trypanozide Wirkung), von G. W. Raiziss, M. Severac u. J. Moetsch-Philadelphia. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 22, S. 1734.) Bei Infektion mit Trypanosoma equiperdum wurde zur Sterilisation der geimpften Tiere ungefähr 18 mg pro Kilogramm Tier benötigt, im Gegensatz zu 4 mg bei Arsphenamin und 6 mg bei Neoarsphenamin. Der therapeutische Index der Sulpharsphenamin ist also bedeutend schlechter als der des Arsphenamins und Neoarsphenamins. Die trypanozide Wirkung ist bei intramuskulärer und intravenöser Injektion dieselbe. F. M. Peter-Hamburg.

Die Verwendung von gebrauchsfertig gelöstem Salvarsan (Sulfoxylsalvarsan) in den Tropen, von G. Baermann. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1925, Bd. 29, H. 2, S. 72.) Ein Beobachtungsmaterial von rund zehntausend Sulfoxylsalvarsaninjektionen bei javanischen und chinesischen Arbeitern auf Sumatra mit bis zu dreijähriger Nachuntersuchung der Fälle von Lues und Framboesia tropica. Das fertig gelöste Präparat ist das Tropenpräparat; intramuskuläre Injektionen sind fast schmerzlos. Es ist zwei Jahre haltbar. Zur Vermeidung von Dermatitis ist ein Intervall von 3 Wochen zwischen den einzelnen Injektionen unabhängig von der Höhe der Dosis erforderlich. Überaus schnelle Wirkung bei Framboesie. Lues tropica wird wie durch Neosalvarsan beeinflußt. Stark destruierende Fälle gehören dem Silbersalvarsan. Schwere, zerebrale, tertiäre Luesformen sind in Java selten. Durch dreijährige systematische Behandlung der Lues und Framboësie sind die frischen Fälle bereits in der Abnahme. Neurorezidive hat Verf. nicht beobachtet. Die Wirkung auf die WR war deutlich und besonders nachhaltig. Es ist dabei zu beachten, daß bei den Javanen, was die Luesinfektion angeht, die Syphilis sehr mild verläuft, zur spontanen Heilung neigt, wenig und meist gutartige Rezidive zeitigt und deshalb die Erfolge der Luesbehandlung mit Sulfoxylat besonders glänzende sind. Auch die Framboesie wird nach Verf. bei ausgebreitetem Gebrauch praktisch ausgetilgt werden können durch Sulfoxylsalvarsan, das hinter Neo-, Silber-, Neosilbersalvarsan nicht zurücksteht. H. Lippert-Köln a. Rh.

Digitized by Google

Tryparsamide in the Treatment of Neurosyphilis (Tryparsamid bei der Behandlung der Nervensyphilis), von U. J. Wile u. L. M. Wieder-Michigan. (J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 83, Nr. 23, S. 1824.) Tryparsamid hat sich, in einer Anzahl von Fällen gleichzeitig mit Quecksilber und Jod gegeben, als sehr günstig wirkend bei einer gewissen Gruppe von Zerebrospinalsyphilis, besonders in manchen Fällen von allgemeiner Paralyse, erwiesen. Es wurden ungefähr 325 Injektionen bei 50 Patienten, wovon 21 mit allgemeiner Paralyse, 6 mit Taboparalyse, 3 mit Tabes dorsalis und 20 mit diffusen Zerebrospinalsyphilis, verabreicht. Die auffallendsten klinischen Veränderungen waren Zunahme des Körpergewichtes, Besserung des Allgemeinbefindens, der Gesichtsfarbe. In 9 der Fälle wurde Besserung des geistigen Zustandes zugleich mit der allgemeinen Besserung und in 5 der Fälle war die klinische Besserung auf Tryparsamid gefolgt, während andere Behandlungsmethoden, einschließlich intraspinaler, versagt hatten. Gastrische Krisen und die lancinierenden Schmerzen der Tabes gelang es bis jetzt nicht, mit Tryparsamid zu bessern. Merkwürdigerweise hing mit der Allgemeinbesserung eine solche der Spinalflüssigkeit nicht zusammen. M. Stern-München.

Über Salvarsanschädigungen, ihre Prophylaxe und Behandlung, von A. Buschke, Derm. Abt. Rud.-Virch.-Krkhs. Berlin. (Ther. d. Gegenw., 1925, Jahrg. 66, H. 5, S. 241.) Ikterus und akute und subakute gelbe Leberatrophie treten auch im Verlauf der unbehandelten und der mit anderen Mitteln behandelten Lues im Frühstadium ein. Jedoch haben sich in der Salvarsanära diese Affektionen gehäuft. Zur Zeit sind diese Schädigungen selten. Eine besondere Disposition der Leber ist anzunehmen, die durch Fleischmangel und nahezu rein vegetarische Kost erhöht wird. Übrigens handelt es sich wohl in den meisten Fällen um eine durch das Salvarsan provozierte Leberlues, was therapeutisch wichtig ist. Nach kurzer Wartepause und diätetischer Therapie, wenn diese wirkungslos ist, setzt die spezifische Behandlung ein, mit der man wegen Gefahr der Leberatrophie nicht zu lange warten darf. Als Heilmittel kommen in Betracht: Kalomel, Schmierkur oder Wismuth; Salvarsan nur im äußersten Falle in sehr vorsichtiger Dosierung. Salvarsanexantheme: Die milden Formen haben meist keine große Bedeutung. Die schweren ausgedehnten Exantheme dauern meist sehr lange, und es geht eine nicht geringe Zahl besonders an Sepsis durch Pyodermie zugrunde. Sie können bei den kleinsten Dosen — bei vorhandener Idiosynkrasie — auftreten. Buschke und Sklarz nehmen für die Entstehung der Exantheme eine Schädigung im Gebiet des vegetativen Nervensystems an. Die Behandlung ist im allgemeinen symptomatisch; neuerdings wird intravenöse Injektion von Natriumthiosulfat empfohlen. Der angioneurotische Symptomenkomplex pflegt sehr schnell zu verschwinden. Bei der eigentlichen, nach wenigen Tagen zum Tode führenden Purpura cerebri handelt es sich um ein absolut unberechenbares Ereignis, indem rein durch Salvarsan toxisch eine Gefäßblutung ausgelöst wird. Die Therapie ist aussichtslos. Von leichteren Nebenwirkungen werden Fieber und rheumatoide Beschwerden nach den Injektionen genannt; sie haben meist keine besondere Bedeutung. Schließlich wird noch auf die Verschlechterung des Luesverlaufes durch Salvarsan hingewiesen: größere Häufigkeit der Nervenlues, Zunahme der Aortensyphilis. H. Fendt-Wiesbaden.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten: Jahresversammlung am 11. und 12. September in Dresden. Themata: Geschlechtskrankenfürsorge, Gefährdetenhilfe, Gefangenenfürsorge. Anmeldung an die Geschäftsstelle der DGBG., Berlin W 66, Wilhelmstr. 45.

Prof. P. G. Unna feiert am 8. September den 75. Geburtstag.

Gestorben: Prof. Gregor Urban, chirurgischer Oberarzt des Marienkrankenhauses in Hamburg, wohl der erste, welcher — als Assistent von Thiersch in Leipzig — die radikale operative Behandlung des Lupus unternommen hat. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 37 (Bd. 81) 12. September 1925

DEM
XIV. KONGRESSE
DER DEUTSCHEN
DERMATOLOGISCHEN GESELLSCHAFT
DRESDEN 1925
GEWIDMET

Aus der Hautabteilung der Kinderpoliklinik in Dresden-Johannstadt
(leitender Arzt: Prof. Galewsky).

Beiträge zur Kenntnis der Alopecia areata.

Von

Prof. Galewsky.

a) Über Alopecia areata im Kindesalter.

Die Alopecia areata im Kindesalter ist eine verhältnismäßig nicht zu häufige Erkrankung. In dem mir vorliegenden Jahresbericht des Kinderspitals in Basel z. B. findet sich unter 840 Kindern des Jahres 1924 kein einziger Fall von dieser Erkrankung. Auch in der von mir geleiteten Kinder-Hautpoliklinik ist die Zahl der Fälle von Al. a. nicht bedeutend. Es fanden sich unter 6600 hautkranken Kindern bis zum 16. Jahre 40 an Al. a. erkrankte, also auf 200 hautkranke Kinder etwas mehr als ein Fall. Dagegen waren unter 6600 Haut- und Geschlechtskranken meiner Privatpraxis 102 an Al. a. erkrankte, also $2\,^1/_2$ mal soviel als Kinder. Unter den 102 Alopeziakranken waren wiederum 20 Kinder bis zum 16. Jahre. Wenn man die verschiedenen Lehrbücher und Abhandlungen über die kindliche Alopezie durchliest, so findet man gewöhnlich den Beginn der Erkrankung im 4., 5. und 6. Jahre angegeben. Auch Sabouraud hat kein Kind unter 4 Jahren behandelt. Bohn sah die Erkrankung öfter zwischen dem 6. und 12. Lebensjahre. Nach ihm stieg die Frequenzkurve nach dem 5. Lebensjahre steil an, erreicht mit 6, 7, 8 und 11 Jahren ihr Maximum, um vom 12. Lebensjahre an zu fallen und nie mehr dieselbe Höhe zu erreichen, wie in diesem „kritischen Alter der Pelade“ (Sabouraud). Auch Ciarocchi fand die Erkrankungsziffer unter 5 Jahren auffallend niedrig; er konstatierte unter 547 Fällen von Al. a. 17 unter 5 Jahren. Spitzer findet den ersten Fall im 3. Lebensjahre, nach ihm steigt die Frequenz bis zum 15. Lebensjahre schnell an.

Digitized by Google

Auch in der Berner Statistik aus der Privatklientel von JADASSOHN treten die ersten Fälle bei dreijährigen Kindern auf. Vor kurzem hat JORDAN in einer interessanten Arbeit, in der er sich mit den Ursachen der Alopezie befaßt, unter 140 Fällen von Al. a. 11 kindliche Erkrankte gesehen, darunter im Alter von 1—5 Jahren 6 Personen, im Alter von 6—10 Jahren 7 Personen, im Alter von 11—15 4 Personen, in dem von 16—20 steigt dann plötzlich die Kurve auf 16 Personen. Dagegen hat JORDAN bereits 2 Kinder gesehen, die im Alter von 1 Jahr und 1 Jahr 4 Monaten an dieser Erkrankung litten. BUSCHKE und PEISER, die sich in ihrer letzten eingehenden Arbeit über die Ätiologie der A. a. auch mit der kindlichen Alopezie befassen, erwähnen in ihren Ausführungen keinen Fall von kindlicher Alopezie unter 7 Jahren; alle diese Kinder und Jugendliche befinden sichim Alter zwischen 7 und 18 Jahren, es fehlen also gänzlich die frühkindlichen Fälle.

Wenn ich die 60 kindlichen Fälle meiner Statistik überschaue, so befinden sich

	im 1. Lebensjahre	—	Kind
vom	2.— 3. „	4	Kinder
vom	3.— 5. „	6	„
im	6.— 7. „	4	„
im	8.—10. „	17	„
im	11.—12. „	12	„
im	13.—15. „	9	„
im	16. „	6	„

Bei 2 Kindern fehlten die Angaben.

Auch bei mir in der Kinderpoliklinik und in der Privatpraxis steigt vom 16. Jahre an die Zahl der Erkrankten wesentlich an.

Es kann also auf der einen Seite die A. a. im ersten Jahre bereits anfangen, auf der anderen Seite habe ich zufälligerweise in einem Jahre 3 Patienten von 67, 68 und 70 Jahren gesehen, im Gegensatz zu SABOURAUD, der bei seinem außerordentlich großen Material keinen Kranken über 58 Jahre gehabt hat.

Während bisher nur PONTOPPIDAN ein Übergewicht der Frauen über die Männer bei dieser Erkrankung feststellen konnte, alle anderen Untersucher aber, insbesondere SPITZER und JORDAN, das Verhältnis der Frauen zu den Männern im gegenteiligen Sinne angaben, ist auffallenderweise bei den Kindern das Verhältnis kein so ausgeprägtes. SPITZER gab die Zahlen bei Frauen wie 150 zu 280 Männern an, und 124 zu 263; es war aber bei ihm das Verhältnis bei kleinen Mädchen der ersten 5 Lebensjahre gegenüber den gleichalterigen Knaben 6 : 5, was auch CIAROCCHI 1896 feststellte. In meiner Statistik waren unter den 60 Kindern 38 männliche und 22 weibliche (also das Verhältnis $6\frac{1}{3} : 3\frac{3}{4}$). Der Unterschied zwischen Knaben und Mädchen ist also nicht so groß, wie es bei Erwachsenen der Fall ist. Ganz eigenartig ist auch bei uns der starke Anstieg der Frequenz an Al. a. zwischen dem 8. und 12. Jahre, auf den auch besonders SABOURAUD aufmerksam gemacht hat, und der direkt von einem kritischen Alter von 6—12 Jahren für die Entwicklung der Al. a. spricht. Auch das von SABOURAUD und anderen beobachtete

Digitized by Google

starke Anschwellen der Alopeziekranken vom 16. Jahre an trifft für meine kleine Statistik zu. Worin die Ursachen dieses plötzlichen Anstieges liegen, darüber sind sich alle Untersucher nicht klar. Ob der Schulbesuch und die damit vermehrte Infektionsmöglichkeit die Ursache ist, müssen wir dahingestellt sein lassen, ebenso ob die Kinder in diesem Alter häufiger zum Friseur gehen und sich dadurch einer gewissen Ansteckungsmöglichkeit aussetzen. Auf der anderen Seite ist das Alter noch zu jung, um an eine innersekretorische Reizung im Pubertätsalter zu denken. Viel eher müßte dann die Zeit vom 16. Jahre an und das starke Ansteigen in dieser Zeit damit zusammenhängen. Auch die Jacquetsche Ansicht von dem Reizzustand durch die Zähne, d. h. durch kariöse Zähne, und die konsekutive Eiterung und Entzündung, vermag ich aus meinem Krankenmaterial nicht herauszusehen, denn dann müßte die Zahl der Kinder aus den Kreisen des Volkes, bei denen ja für die Zähne viel weniger getan wird als bei den Kindern der Wohlhabenden, viel größer sein als aus den Kreisen der letzteren. Nach meiner Statistik sind aber viel mehr Kinder aus höheren Kreisen an Alopezie erkrankt, als aus den Kreisen des Volkes. Viel eher würde diese Tatsache für die Möglichkeit der Infektion beim Friseur sprechen, zu dem diese Kinder ja regelmäßig gehen, während die Kinder aus dem Volke zuhause die Haare geschnitten bekommen.

Ich möchte an dieser Stelle nicht noch einmal die Frage der Ätiologie und die Frage der Infektiosität aufwerfen, die an meinem Kindermaterial ebensowenig zu lösen ist, wie in den Arbeiten von Jordan, Buschke und Peiser, und die alle drei auch nichts sicheres zur Lösung dieser Frage beitragen können. Ich werde an anderer Stelle meine Fälle publizieren, die für eine infektiöse Natur der Al. a. sprechen. Nur kurz erwähnen möchte ich, daß ich gerade in letzter Zeit aus einer Familie zwei jüngere, in einem Zimmer wohnende Mädchen behandelt habe, von denen die Jüngere wenige Monate nach dem Auftreten der Alopezie bei der älteren Schwester ebenfalls eine Alopezie bekam. Auch Vater und Sohn mit Al. a. aus einer anderen Familie habe ich momentan in Behandlung, den Vater mit einer zum zweitenmal rezidivierenden Alopezie leichterer Art, den 14jähr. Sohn mit einer totalen, schweren universellen Alopezie. Ich will also, da mir mein Material zu klein erscheint, um über die vielumstrittene Frage der Kontagiosität der Al. a. und der familiären Al. a. mich zu äußern, nur kurz erwähnen, daß unter den Fällen von kindlicher Alopezie ich auf der anderen Seite nicht einen gesehen habe, bei dem ich mit Sicherheit oder großer Wahrscheinlichkeit an Zusammenhänge mit innerer Sekretion oder mit kongenitaler Lues hätte denken können. Gerade die Kinder in meiner Privatpraxis, zum großen Teil ausgezeichnet gepflegte, kräftige und sonst gesunde Kinder, boten keinen Anhalt für den Zusammenhang mit einer innersekretorischen Störung. Ganz besonders habe ich in der letzten Zeit auch auf den Zusammenhang mit Nacken- und Halsdrüsen geachtet, aber auch hier nur konstatieren können, daß das Verhältnis der Kinder mit Nacken- und Halsdrüsen bei Alopeziekranken nicht stärker ist als das bei Kindern ohne Alopezie. Frägt man außerdem diese Kinder genauer aus, so wird man fast immer hören, daß kurze Zeit vor der Erkrankung irgend eine Hauterkrankung

Digitized by Google

vorangegangen war (Ekzem, Hautfurunkel, Impetigo), die zur Schwellung der Drüsen Veranlassung gegeben haben, oder daß die exsudative Diathese ätiologisch für die Drüsen mit herangezogen werden kann.

Wenn ich also das Resümee aus diesen Fällen ziehe, so kann auch ich nichts Sicheres über die Ätiologie der kindlichen Al. a. sagen. Im Hinblick auf die Fälle in der Literatur (Poehlmann u. a.) und die Fälle von gehäuftem Auftreten der Al. a. in Schulen (Blaschko, Plonsky, Poeslin u. a.), und die von mir an anderer Stelle publizierten Fälle glaube ich an ein infektiöses Agens als Ursache der Krankheit und halte dieses für eine Reihe von Fällen für das wahrscheinliche. Auf der anderen Seite gibt es zweifellos eine Anzahl von Fällen, bei denen man nach inneren Ursachen usw. suchen wird. Viel eher glaube ich, daß, wie dies schon Lesser und in der letzten Zeit ganz besonders Sabouraud wieder getan haben, die Al. a. ein Syndrom sei, und daß aus verschiedenen Ursachen die Krankheit entstehen könne. Sabouraud in seiner letzten Arbeit hebt ganz besonders die Heredität, den Zusammenhang mit der Lues, insbesondere der kongenitalen Lues, hervor. Für letztere habe ich, wie oben erwähnt, ebensowenig wie Jordan einen Anhalt finden können.

Differentialdiagnostisch kommen bei der kindlichen Al. a. neben den Formen, die dem Dermatologen geläufig sind (Alopezien nach Favus, Lupus erythematodes, impetiginösen und follikulären tiefen Entzündungen), eigentlich nur die Al. atrophicans und die von Semon beschriebene kleinfleckige Alopezie in Frage. Von der ersteren Form, die bei Kindern außerordentlich selten ist, und von der vor kurzem Dohi wieder zwei Fälle beschrieben hat, habe ich bisher nur einen einzigen bei einem 9jähr. Kinde gesehen. Semon[1]) hat im Jahre 1923 aus einem Asyl für junge Mädchen eine epidemische Alopezie in kleinen Herden beschrieben, bei denen weder auf der Haut noch an den Haaren anormales zu finden war. Die kleinen Herde waren teils rundlich, teils unregelmäßig, von winkligem Typus. Vielleicht handelt es sich bei dieser Epidemie um dieselbe Erkrankungsform, die von Davis Halding 1914 und von Colcott Fox 1913 als Schulepidemien beschrieben worden sind, also um Alopezieformen von nicht typischer Art, die vielleicht in gewissen Beziehungen zu der Al. parvi maculata stehen, die Dreuw 1910 als nicht atrophisches Anfangsstadium der Brocqschen Pseudopelade beschrieben hat.

Was den Verlauf der Al. a. anbelangt, so bietet derselbe keine Abweichung von dem beim Erwachsenen. Im allgemeinen kann man sagen, daß die kindliche Al. a. verhältnismäßig gutartig verläuft und nur selten als schwere, totale Alopezie auftritt. Ich selbst habe, wie oben erwähnt, nur einen einzigen derartigen Fall gesehen, den ich ganz kurz deshalb besprechen möchte. Der Vater erkrankte im Jahre 1922 an einer leichten Alopezie, die angeblich nach Staphylokokkenvakzine-Einspritzung (Staphar) verhältnismäßig schnell abheilte. Im Jahre 1924 bekam der Mann einen Rückfall, der diesmal schwerer war als der erste, und zurzeit noch

[1]) Die während der Korrektur erschienene Arbeit von Hofman und Martin (Frankfurt a. M.) über epidemisch auftretenden kleinfleckigen Haarausfall (D. m. W., 1925, Nr. 26) konnte leider nicht mehr berücksichtigt werden.

Digitized by Google

nicht abgeheilt ist. Der 15jähr. Sohn erkrankte vor 6 Jahren, also vor dem Vater, im Jahre 1918, angeblich im Anschluß an eine Darmentzündung; seit dieser Zeit besteht bei dem Knaben eine totale Alopezie, die bisher — die Behandlung konnte auf dem Lande nicht so energisch durchgeführt werden — noch nicht geheilt ist. Im allgemeinen sind aber die Fälle von kindlicher Alopezie verhältnismäßig leicht zu beeinflussen, nur neigen sie nach meiner Erfahrung ziemlich häufig zu Rückfällen, die aber dann auch wieder abheilen.

Was die Therapie der kindlichen Alopezie anbelangt, so halte ich mit Sabouraud und anderen die energische Behandlung des ganzen Kopfes für unbedingt nötig. Mir haben sich hier am besten tägliche Abreibungen mit Sublimatspiritus und abendliche Verbände mit Chrysarobinsalben bewährt. Gerade die Chrysarobinbehandlung, auf die ich ebenso wie Leistikow und Unna schon im Jahre 1894 hingewiesen habe, erscheint mir als die weitaus beste aller lokalen, hautreizenden und antiparasitären Behandlungen. Daneben hat sich mir selbstverständlich die Quarzlampe resp. Höhensonne in der großen Mehrzahl der Fälle außerordentlich bewährt, und ich möchte ganz kurz noch über einen Fall bei einem 9jähr. Knaben berichten, bei dem die Höhensonnenbehandlung (neben der medikamentösen) so energisch wirkte, daß der Knabe jetzt nicht nur auf dem behaarten Kopfe frische, kräftige Haare zeigt, sondern daß auch im Gesicht ein ganz auffallendes abnormes Wachstum feinerer Lanugohaare sich überall dort zeigt, wo die Höhensonne hinkommt, so daß der Knabe also einen richtigen weichen Bart im Gesicht überall dort bekommt, wo sonst dem Erwachsenen die Haare sprießen. Ganz auffallend sind bei dem Knaben zwei dreieckige behaarte Stellen mit abgerundeten Rändern an den Schläfen, von den Augenbrauen bis zur Haargrenze sich erstreckend, die ebenfalls mit weichen Flaumhaaren bedeckt sind. Nur kurz erwähnen will ich noch, daß die Behandlung mit Quarzlampe oder Höhensonne unter Umständen in schweren Fällen außerordentlich häufige Sitzungen verlangt und daß ich Fälle kenne, in denen erst nach 40 oder 50 Bestrahlungen sich die ersten Haare zeigten. Derartige Fälle gelten selbstverständlich oft als unbeeinflußbar, wenn Arzt und Patient zu früh die Behandlung aufgeben. Daß ich daneben auch in refraktären Fällen, die auf Chrysarobin und Höhensonne nicht ansprechen, andere Hautreize wie Ol. croton. und acid. carbol. usw. benutzt habe, ist selbstverständlich. Ich habe mich aber immer wieder überzeugt, daß, wenn Chrysarobin (oder sein Ersatzpräparat Cignolin) nicht wirkt, auch die anderen Mittel keinen Erfolg haben. Als stärkstes Mittel möchte ich, wie schon früher, den Unnaschen Chrysarobinsalbenstift erwähnen.

Literatur.

Siehe in den Arbeiten von Spitzer und Jordan.

Von den neuesten Arbeiten seien nur noch folgende erwähnt:

Buschke und Peiser, Zur Ätiologie der Al. ar. Derm. W., 1925, Nr. 7. — Jordan, 140 Fälle von Al. ar. Derm. W., 1925, Nr. 3. — Sabouraud, Entretiens dermatologiques. Maladies du cuir chevelu. Masson, Paris 1924. — Semon, Henry, Epidemic Alopecia in Small Areas. Arch. of Derm., 1923, Bd. 8, Nr. 6. — Schönhoff, Zbl. f. Haut- u. Geschl.-Krkh., Bd. 7, S. 311. — Dohi, Drei Fälle von atrophisierender Alopezie. Jap. J. of Derm., Bd. 10, Nr. 3.

Digitized by Google

b) Zur Ätiologie der Alopecia areata.

In seiner kritischen und doch viel Neues bietenden Arbeit „Zur Ätiologie und Symptomatologie der Alopecia areata“[1]) schreibt SPITZER: „Angesichts des in der Literatur (POEHLMANN u. a.) niedergelegten und des von mir zusammengestellten Materials geht es nicht an, die Möglichkeit der Infektiosität der Krankheit einfach zu leugnen, wie dies auf dem Londoner Kongreß geschehen ist. Es gibt vielmehr eine ganze Anzahl von Fällen, in denen die Annahme einer Übertragung, ja sogar einer endemischen Ausbreitung unmöglich von der Hand zu weisen ist. Sie einfach mit der Hypothese zu erklären, daß es sich um falsche Diagnosen gehandelt habe, erscheint auch LESSER unmöglich.“ In der letzten Zeit ist es aber ganz besonders die französische Schule mit SABOURAUD an der Spitze, die die infektiöse Natur der Al. a. leugnet und eher an alle anderen Ursachen glaubt. So schreibt SABOURAUD[2]): „Es gibt keinen ätiologischen Grundsatz für die Al. a., der sich ohne künstliche Hilfsmittel aufrechterhalten läßt. Die Al. a. erscheint als ein Syndrom. Man beobachtet sie hereditär in Familien oder im Zusammenhang mit Vetiligo oder Basedow oder bei der Frau als Früh- oder Spätsymptom der Menopause, oder beim Erwachsenen in Zusammenhang mit dem späten und schweren Durchbruch der Weisheitszähne. In Rückblick auf diese seltenen Fälle findet man eine Anzahl von derartigen Kranken, die entweder an Lues gelitten haben oder kongenital luetisch erkrankt sind und bei denen eine spezifische Therapie von Erfolg ist.“ In der letzten Zeit hat insbesondere JORDAN sich streng gegen die parasitäre Natur ausgesprochen und erklärt: „Trotz des Vorkommens gelegentlicher, merkwürdiger scheinbarer Übertragung liegen keine Beweise für die parasitäre Natur vor, sie muß deshalb abgelehnt werden. Dagegen deuten die zahlreichen Erkrankungen im Anschluß an Gemütsbewegungen auf trophoneurotische Störungen hin, die im sympathischen Nervensystem zu suchen sind, welches durch die verschiedensten Momente gereizt werden kann.“ Auch BUSCHKE und PEISER in ihrer interessanten Arbeit „Zur Ätiologie der Alopecia areata“ sehen in der Al. a. ein einheitliches Krankheitsbild vor sich, selten vielleicht, ohne daß es erwiesen ist, durch Infektion erzeugt, meist jedoch hervorgerufen durch zentral gelegene Störungen, wahrscheinlich sympathisch-endokriner Natur, die durch die verschiedensten äußeren und inneren Schädlichkeiten ausgelöst werden können.

Es erscheint deshalb doch am Platze, daß diejenigen, welche nach ihrer Überzeugung Fälle von Alopezie gesehen haben, bei denen an Infektiosität gedacht werden muß, diese Fälle veröffentlichen und dabei auch die Fälle von familiärer Alopezie erwähnen, die oft einen Übergang zu den ersteren bilden. Eine klare, einwandfreie Lösung dieser Frage ist selbstverständlich nicht herbeizuführen, so lange alle Versuche, einen Pilz zu finden, oder sichere Versuche, die Al. a. beim Menschen durch andere Methoden zu erzeugen, nicht vorliegen.

Unter meinen Fällen, die für eine infektiöse Natur sprechen, seien folgende erwähnt, bei denen die infektiöse Ursache nicht von der Hand zu weisen ist.

---

[1]) SABOURAUD, Entretiens dermatologiques. Maladies du cuir chevelu. Masson, 1924.

Digitized by Google

1. Das Familienoberhaupt Herr W. und das Dienstmädchen in derselben Familie erkranken beide an Al. a., der Herr an einer sehr schweren, das Mädchen an einer leichten Alopezie.

2. Frau M. erkrankt 1913 an Alopezie mit verschiedenen kleinen Herden, ihr Dienstmädchen ein halbes Jahr später.

3. Zwei Brüder K., die dasselbe Rasiermesser benutzen, sonst aber als Junggesellen verschieden leben und nur zusammen wohnen, erkranken beide fast gleichzeitig an Al. a. des Bartes.

4. Ein Pat. zeigt mir seine Al. a. auf dem Kopfe, fürchtet die Ansteckung von seinem Friseur, der dieselbe Erkrankung ebenfalls auf dem Kopfe hat.

5. Im Kriege behandelte ich einen Hauptmann H. in dessen Kompagnie noch ein Unteroffizier und 4 Mann gleichzeitig an Al. a. erkrankt waren. Die Kompagnie lag sehr eng zusammengedrängt im Schützengraben beisammen.

6. Ein junger Mann St. sucht mich mit Al. a. auf, teilt mir gleichzeitig mit, daß sein Schwiegervater kurz vorher ebenfalls an Al. a. erkrankt sei.

7. Ein Patient hat Al. a., sein Barbier im Dorfe dieselbe Erkrankung.

Außer diesen Fällen, bei denen die Infektiosität die wahrscheinliche Ursache ist, für mich jedenfalls sehr in Frage hommt, habe ich noch folgende Fälle von familiärer Alopezie behandelt. Sie erstrecken sich über einen Zeitraum von 18 Jahren, davon sind 5 aus den letzten drei Jahren, seit ich noch mehr auf diese Fälle achte.

1. Frau D. und Tochter (beide innerhalb zweier Jahre erkrankt).

2. Frau K. und Schwester, die letztere 10 Jahre vorher von Alopezie befallen.

3. Herr E. und Sohn, beide innerhalb zweier Jahre an Alopezie erkrankt.

4. Frau V. und Sohn, bei beiden innerhalb elnes Jahres Alopezie, bei der Mutter in diesem Jahre ein Rückfall.

5. Frau L. und Tochter, beide innerhalb zweier Jahre von Alopezie befallen.

6. Herr R. und Sohn; Vater 1922 leicht, 1924 schwer erkrankt, Alopezie noch heute nicht geheilt; bei dem 15jähr. Sohn vor 6 Jahren, angeblich im Anschluß an Darmkatarrh Alopezie, die heute noch als totale auftritt.

7. Zwei junge Mädchen B., in einem Zimmer zusammenwohnend, die ältere mit einer sehr ausgedehnten, großen Alopezie, schwer heilend, die jüngere mit einer leichten, aus einem Fleck bestehenden, die schnell heilt (gemeinsames, gelegentliches Benutzen von Kopfbürste und Kämmen nicht ausgeschlossen).

8. Frl. R. leidet seit 1921 an rezidivierender Alopezie; sie teilt mir mit, daß auch zwei ihrer Brüder an derselben Erkrankung leiden.

Nach all den vielen Kontroversen und langen Abhandlungen, die über die Ursache der Al. a. geschrieben sind, will ich nicht noch einmal diese ganze Frage aufrollen, sondern ganz kurz mich zu dieser Frage folgendermaßen äußern.

In Anbetracht der Fälle, bei denen mit ziemlicher Sicherheit nervöse oder endokrine Störungen von entscheidendem Einfluß auf die Al. a. zu sein scheinen, glaube ich, daß die Al. a. entweder infektiös ist, wenn wir auch das Gift nicht kennen, oder daß, wenn der Boden durch endokrine Störungen oder trophische, im Zusammenhang mit dem Sympathikus stehende, vorbereitet ist, leichter Infektionen haften, oder daß drittens außer diesen infektiösen Möglichkeiten Zusammenhänge mit anderen Erkrankungen und anderen Ursachen noch bestehen, kurz, daß die Al. a. nur als ein Syndrom im Sinne Lessers und Sabourauds aufzufassen ist, daß sie also auf ätiologisch ganz verschiedenem Wege zustande kommen kann. Wir brauchen dabei nur an Lichen ruber und die Lichen ruber-Efflorescenzen bei Salvarsandermatitis zu denken.

Ganz kurz möchte ich noch erwähnen, daß ich nur einen einzigen Fall aus meiner Praxis kenne, bei dem an einen Zusammenhang

Digitized by Google

mit inneren Störungen gedacht werden muß. Frau L. erkrankte an einer schweren Al. a., bei der sämtliche Behandlungsmöglichkeiten ausprobiert wurden und erfolglos blieben. Während dieser Erkrankung zeigten sich immer mehr Beschwerden, die auf einen Abdominaltumor schließen ließen. Es wurde ein benigner zystenartiger Tumor festgestellt, der operiert wurde. Schon während des Krankenlagers in der Klinik zeigten sich die ersten Haare; seit dieser Zeit ist die Al. a. bei der Patientin vollständig abgeheilt.

Ich für meinen Teil möchte mich also der Ansicht anschließen, daß die Al. a. eine Hauterkrankung ist, die durch verschiedene Ursachen hervorgerufen werden kann.

Literatur.

Siehe die Arbeiten von Spitzer, Jordan, Buschke und Peiser. — Sabouraud: Entretiens Dermatologiques. Maladies du cuir chevelu. Masson, Paris 1924. — Sabouraud, Un cas de Pelade conjugale. Zbl. f. Haut- u. Geschl.-Krkh., Bd. 13, S. 718.

Aus der äußeren Abteilung des Stadtkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt.

Beobachtungen über Pemphigus vulgaris chronicus (drei Fälle bei Schwangerschaft, zwei Fälle von Pemphigus vulgaris congenitus).

Von

Prof. J. Werther in Dresden.

Mit 4 Abbildungen im Text.

Die Kasuistik des im Zusammenhang mit Schwangerschaft beobachteten Pemphigus vulgaris ist eine geringe. Da die Frage des Zusammenhanges von der Klärung weit entfernt ist, halte ich es für der Mühe wert, einschlägige Fälle bekannt zu geben.

Fall I. Alma K., 37 Jahre alt. Aufgenommen 30. IX. 1924, gestorben 3. I. 1925

Vorgeschichte: Erste Menstruation mit 14 Jahren. Geheiratet mit 28 Jahren 4 Schwangerschaften normal. Letzte Menses 8. II. 1924. Im März ein „gürtelrosenähnlicher" Ausschlag am Rücken, der bis Juli bestand. Von da ab unter Fieber und Gefühl schmerzhaften Brennens ein Blasenausschlag, der sich, von den Armen beginnend, über den ganzen Körper ausbreitete.

Status am 30. IX. 1924: Mittelgroß, mittlerer Kräftezustand. 59 kg. Temperatur zwischen 37 und 38°. Uterus handbreit unter dem Rippenbogen. Innere Organe gesund. Die ganze Körperoberfläche, Gesicht einschließlich, mit wasserhellen Blasen und Borken bedeckt. Die Schleimhäute frei. Erytheme sind nicht zu beobachten.

Verordnung: Tägliches Bad. Äußerlich teils Borvaselinverbände, teils 1%ige Trypoflavinpinselung. Intramuskulär sol. acid. arsenicos. 1%ig, zweitägig, mit einem Teilstriche beginnend.

Blut: Neutrophile Leukozyten 51,5%; Eosinophile 27,5%; Lymphozyten 19%; große Mononukleäre 1%; Übergangszellen 1%.

Verlauf: 18. X. Auf Wunsch der Kranken wird die Pinselung durch Salbenverbände ersetzt, da letztere angenehmer empfunden werden.

24. X. Arsen ist auf 7 Teilstriche gesteigert, wird, da es provozierend zu wirken scheint, abgesetzt. Täglich neue Blasen, die alten heilen gut ab.

Allgemeinbefinden schlecht.

Heute 12 ccm Serum einer gesunden Schwangeren intramuskulär.

Digitized by Google

27. X. Nachdem am 26. keine neuen Blasen gesehen worden sind, erscheinen heute wiederum solche an den Fingern.

29. X. Zahlreiche neue Blasen.

30. X. Temperatur zwischen 37 und 38°. Puls jedoch 120 bis 130 (Herzschwäche). Ödem im Gesicht, an Händen und Füßen. Gewichtszunahme infolgedessen 6 kg. Im Urin etwas Eiweiß, Menge geringer. Neben Blasen zeigen sich die matschigen Epithelablösungen des P. foliaceus.

1. XI. Zweite Seruminjektion (9 ccm).

Die Haut ist im allgemeinen gerötet und gespannt. Die Kranke fühlt sich sehr schwach und klagt über Brennen und Schmerzen, besonders im Gesicht (Dermatitis generalisata). Die unteren Extremitäten sind fast lückenlos erodiert.

7. XI. Die 2. Seruminjektion hatte keinen Einfluß auf die Blasennachschübe. Seit 6. XI. Wehen. Früh 5¼ Uhr wird ein kräftiger ausgetragener Knabe geboren, welcher mit gleichen Blasen wie die Mutter bedeckt ist (siehe unten).

9. XI. Am 8. keine neuen Blasen. Die Haut etwas blasser. Heute Nachschübe. An den Brustwarzen löst sich bereits beim Abtupfen die Epidermis (Nikolskisches Phänomen). Stillen daher unmöglich.

18. XI. Die Temperatur ist ohne Schüttelfrost seit 14. auf 39,5° gestiegen und mit kleinen Remissionen so geblieben. Keine Schmerzhaftigkeit des Uterus und seiner Adnexe. Kein sonstiger gynäkologischer Befund für das Fieber. Blutaussaat ohne Ergebnis. Blutbild wie früher. Im katheterisierten Urin rote Blutkörperchen und Zylinder (granulierte und hyaline).

Therapie: Chinin-Urethan 0,5 subkutan, Luteo-Transannon innerlich.

25. XI. Neue Erosionen (P. foliaceus). Nikolski positiv. Starke Schwäche. Schüttelfrost. Temperaturen bis 40°.

3. XII. Vom 27. XI. bis 3. XII. ist unter Pyramidon und Chloralhydrat (nachts) die Temperatur auf 39° und weniger heruntergegangen. Befinden etwas besser. Blasennachschub hat ausgesetzt.

Am I. XII. werden zwei Quaddeln mit Luteoglandol gemacht, die sich am 2. in Erosionen verwandeln.

4. XII. 39,5°. Blutaussaat bleibt steril.

Am Leib und an den Beinen gute Heilung. An den Armen neue wasserhelle Blasen und neue Erosionen.

6. XII. Luteoglandolquaddeln II und zur Kontrolle Quaddeln mit physiol. Kochsalzlösung.

7. XII. Beide Arten von Quaddeln reaktionslos. Die erste Menstruation nach der Entbindung tritt ein (6.—8. XII.).

Beginnender Dekubitus am Kreuzbein.

Die Kranke läßt ab und zu unter sich.

Therapie: Salvarsan Natr. II. Zweimal wöchentlich.

11. XII. Spannung und Rötung der Gesichtshaut sind zurückgegangen. Am Körper größere geheilte Flächen ohne Nikolski. Temperatur 38 bis 39°, Puls entsprechend. Subjektives Befinden etwas besser.

16. XII. Neue Blasen.

18. XII. Blutaussaat: Staphylokokken +.

Bisher 4mal Salvarsan. Natr. II erhalten. Von jetzt ab Staphyloyatren und Kollargol intravenös.

28. XII. Die Temperaturen waren seit 18. auf 38° heruntergegangen. Der Pemphigus macht geringere Nachschübe.

Der Dekubitus hat jedoch um sich gegriffen. Auch in der Trochantergegend links und rechts Dekubitus.

Das Allgemeinbefinden wird schlechter.

1. I. 1925. Die Temperatur ist auf 40,3° gestiegen. Verfall.

3. I. Exitus.

Sektionsbefund (Prof. Schmorl): Pemphigus. Hochgradige Kachexie. Milztumor. Abszesse in beiden Nieren, im linken Unterlappen. Uterus puerperalis vollständig zurückgebildet. Kolloidstruma. Keine Veränderungen an den endokrinen Drüsen. Rotes Mark im Femur.

Besprechung dieses Falles:

Es handelte sich um einen reinen Blasenausschlag. Andere Efflores-zenzen, Erytheme, Urtikaria oder Knötchen, waren nie vorhanden. Die

Digitized by Google

Blasen waren von Haus aus wasserhellen Inhaltes. Sie traten in Gruppen und auch symmetrisch auf. Eine anfängliche Pustelform oder eine Bevorzugung der Genitalgegend waren nicht beobachtet. Deshalb war an Dermatitis herpetiformis oder Impetigo herpetiformis nicht zu denken. Die Diagnose Pemphigus vulgaris chronicus steht fest. Die Schleimhäute blieben frei. Aus der Vulgarisform entwickelte sich die Foliaceusform, besonders als sich das Allgemeinbefinden verschlechterte. Es gesellte sich ferner eine generalisierte Dermatitis hinzu.

Trophische Störungen (Nagelveränderungen, Haarausfall) waren nicht ausgesprochen.

Die Ödeme am Ende der Schwangerschaft unserer Kranken ließen daran denken, daß eine veränderte Blutzusammensetzung, wie die ältere Anschauung bei Schwangerschaftsödem lautete, eine erhöhte Durchlässigkeit der Hautgefäßendothelien mit Serumabgabe ins Gewebe bedingt hätte. Bestimmter und durch eingehende Untersuchungen gestützt, sagt Kartamischew, daß bei Pemphiguskranken NaCl-Retention und infolgedessen Ödembereitschaft bestehen. Aber auch die Anschauung von Wirz (Arch. 146) war zu erwägen, nach welcher eine lokale Stoffwechselstörung des Hautorganes zur Säftestauung führt, welche die Aufgabe hat, schädliche Stoffe abzubauen und zu eliminieren.

Da im berichteten Falle gleichzeitig mit dem Ödem Herzschwäche bestand und Nierenelemente im Urin auftraten, habe ich mich für die Erklärung des Ödems durch Stauung entschieden.

Die Todesursache bei unserer Kranken bedarf der Erörterung. Sie starb im zweiten Monat nach der Entbindung, im zehnten der Krankheit, in äußerster Entkräftung an Pyämie. Eine puerperale Pyämie lag nicht vor, wenn auch die Steigerung des Fiebers nach der Entbindung und später auftretende Schüttelfröste den Verdacht daraufhin lenkten. Wiederholte gynäkologische Untersuchungen stellten Gesundheit der Beckenorgane fest, und der Uterus fand sich bei der Sektion gut zurückgebildet. Die wegen Verdachtes auf Sepsis wiederholt angestellte Blutaussaat gab erst am 18. XII. ein positives Ergebnis (Staphylokokken); das war 41 Tage nach der Entbindung und 8 Tage nach dem mit Vehemenz einsetzenden Dekubitus. Das Fieber war von Anfang an vorhanden, wechselnd mit der Extensität des Pemphigus und von diesem bedingt. Nach der Entbindung wurde es infolge der allgemeinen Dermatitis, welche hinzutrat, und wohl auch durch die Foliaceusform, bei der toxische Eiweißabbaustoffe in größerer Menge entstehen, gesteigert. Kurz vor dem Tode trat ein großer Anstieg auf 41° auf; dieses entsprach der Staphylokkokenaussaat aus den zerfallenden und fortschreitenden Dekubitalgeschwüren.

Dieses Ereignis war die unmittelbare Todesursache. Der Pemphigus selbst hat nicht den Tod und auch nicht eine Pemphigussepsis herbeigeführt, sondern die chronische Erkrankung hat Kräfteverfall gezeitigt, und sekundäre Ereignisse führten den Tod herbei.

Das Vorkommen in der Schwangerschaft ist zum Teil Anlaß der Bekanntgabe dieses Falles. Vier Schwangerschaften gingen ohne Pemphigus voraus, in den ersten Wochen der fünften zeigte sich der Blasenausschlag. Zuerst auf dem Rücken, wo er neun Wochen bestand und für Gürtelrose gehalten wurde, dann verallgemeinerte er sich und dauerte

Digitized by Google

während der ganzen Schwangerschaft an, ohne durch vielerlei therapeutische Maßnahmen wesentlich beeinflußt zu werden. Vor der Entbindung zeigte er die höchste Ausbreitung. Das Kind wurde ausgetragen und mit einem Pemphigus behaftet geboren, was noch besonders erörtert werden soll. Nach der Entbindung wurde ein kleiner Rückgang beobachtet, nach der ersten Menstruation, welche 4 Wochen darauf eintrat, ein erheblicher Nachlaß. Größere Teile der Körperoberfläche heilten ab, die generalisierte Dermatitis auch. Jedoch wurden geringe Blasennachschübe bis zum Tode beobachtet.

Der ursächliche Zusammenhang des Pemphigus mit der Schwangerschaft wird durch das Auftreten im Beginn derselben, die Zunahme gegen Ende und durch den deutlichen Rückgang mit dem Eintritt der ersten Menstruation wahrscheinlich gemacht. Ein strikter Beweis ursächlichen Zusammenhanges wäre darin zu finden gewesen, wenn während der vorhergehenden Schwangerschaften auch Pemphigus aufgetreten wäre. Jedoch kann sich die Konstitution der Frau zwischen der vierten und fünften Schwangerschaft ausschlaggebend zugunsten einer Pemphiguserkrankung geändert haben. Ferner wenn die Kranke mit der Entbindung davon genesen wäre.

Bei der Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges wird natürlich an eine Toxikose durch Eiweißabbaustoffe gedacht, entweder solche, wie sie durch den fermentären Plazentareiweißabbau (nach ABDERHALDEN) entstehen, oder solche, denen endokrine Störungen zugrunde liegen. Eine beachtliche, wenn auch vereinzelte, Tatsache möchte ich hervorheben: am 1. Dezember wurde eine Quaddel mit Luteoglandol gemacht. Die darnach auftretende Erosion bewies eine Überempfindlichkeit gegen dieses Organpräparat. KLOPSTOCK zitiert kürzlich 6 Fälle von Pemphigus bei Schwangerschaft, von denen er 2 HEBRAsche und seinen eignen als vollwertig anerkennt. Der zweite HEBRAS ist insofern einzigartig und typisch, als die Kranke während fünf Schwangerschaften an Pemphigus litt und gleich nach der Entbindung davon genas. In anderen Fällen kann der Beweis ursächlichen Zusammenhanges nicht so zwingend erbracht werden, sondern der Zusammenhang ist als möglich oder wahrscheinlich zu bezeichnen. Ich rechne dazu den soeben von mir beschriebenen wie den KLOPSTOCKS. Seine Kranke macht erst eine Gravidität ohne Pemphigus durch. Bei der zweiten aber im 8. Monat trat im Anschluß an eine gewerbliche Dermatitis der Hände ein Pemphigus auf, der einige Wochen nach eingetretener Frühgeburt abheilte.

Wiederkehr bei wiederholter Schwangerschaft, Heilung nach Beendung derselben oder nach Wiedereintritt der Menses sind Beweise erster Ordnung für den Zusammenhang. Ebenso würde eine Heilung durch Organpräparate, wie etwa Lutein oder Kombination mehrerer, Beweiskraft haben. Das weibliche Geschlechtsleben bedroht den Organismus in allen Phasen mit Pemphigus: in der Menarche, im Klimakterium und in der Schwangerschaft. Nach meinem Material sind die Frauen überhaupt häufiger befallen als die Männer, im Gegensatz zu den in Frankfurt gemachten Beobachtungen (ELIASSOW und STERNBERG). Eine Zusammenstellung von 42 von mir beobachteten Fällen ergibt 28 Frauen und 14 Männer. Einer von diesen trat im Entwicklungsalter (13jähr. Mädchen) auf und

Digitized by Google

verlief nach achtmonatiger Dauer mit Heilung. Kürzlich sah ich einen weiteren Fall, wo er mit der ersten Menstruation aufgetreten war, und erfuhr dabei, daß es der älteren Schwester ebenso gegangen war.

Ich bin in der Lage, zwei weitere Fälle, von denen der folgende dem Hebraschen gleicht, mitzuteilen.

Fall II. Die 29jähr. Frau L. wurde am 9. V. 1915 mit Pemphigus aufgenommen. Ihre Vorgeschichte ergab: Im Jahre 1912 erkrankte sie im Anfang der ersten Schwangerschaft in gleicher Weise: sie hatte zuerst Blasen und wunde Stellen am Nabel, dann am Bauch, Geschwüre im Munde, Wucherungen am After. Diese Krankheit wurde vom

Abb. 1. Fall II, 1915.

Arzt für Syphilis erklärt und mit Salvarsan vergeblich behandelt. Nach der Entbindung heilte sie allmählich ab. Das Neugeborene war bei der Geburt am ganzen Körper mit Blasen bedeckt, die in zwei Wochen abgeheilt waren. 1913 im Anfang der zweiten Schwangerschaft bekam sie wieder Blasen. Sie heilten von selbst ab, kamen jedoch immer wieder, und zwar am Kopf, Leib, Geschlechtsteil und in den Schenkelbeugen, am After „Beulen". Das Allgemeinbefinden war dabei gut. Im Mai 1914 wurde sie entbunden. Das Kind war gesund. Der Ausschlag heilte zunächst wohl ab, es kamen aber Nachschübe im August, November, Januar 1915.

I. Aufnahme 9. V. 1915: Große, aber wenig kräftige Frau (170 cm : 52,6 kg). Seit der letzten Entbindung keine Menses! Pemphigusblasen im Gesicht und Munde, wuchernde Form am Nabel, Genital und in den Achseln (s. Abb.). Nagelbetten verdickt, absondernd und abblätternd, Nägel an der Oberfläche rauh und quergefurcht. Eosinophilie 8%. Bis 4. X. war die Kranke im Krankenhaus. Die wuchernden Knoten wurden

Digitized by Google

mit scharfen Löffel abgekratzt, sie waren hart wie Knorpel und die Wundflächen mit dem Paquelin übergangen. Danach heilten sie. Nebenher wurde Arsen gegeben.

II. Aufnahme 2. September 1916. Die Frau steht im 4. Monat der dritten Schwangerschaft. Sie leidet seit dem zweiten Schwangerschaftsmonat an Blasen an Armen und Nacken und wuchernden Knoten am Kopf. Letztere wurden wieder exkochliert, außerdem erhält die Kranke Kollargolinjektionen. Sie wird gebessert am 12. XII. 1916 entlassen und ambulant weiterbehandelt. Im Februar 1917 Entbindung von einem gesunden Kind, welches 3 Monate von der Mutter gestillt wird. Der Pemphigus heilt nicht, sondern geht wie nach der zweiten Schwangerschaft einige Monate lang weiter. Ein Dickdarmkatarrh kommt hinzu. Die Nagelfalze sind verdickt, gerötet und schmerzhaft, die Nägel braun verfärbt, blätterig, zum Teil abgelöst.

III. Aufnahme: Am 10. Mai 1917 bietet die Kranke noch immer das Bild eines Pemphigus, und zwar foliaceus in den Achseln und vegetans auf dem Kopf, dessen Oberfläche wie ein Blumenkohl aussieht (s. Abb.). Endlich nach Behandlung mit Arsen, Kollargol und Röntgen tritt Heilung ein. Am 17. XI. 1917 kann die Kranke geheilt mit 5 kg Gewichtszunahme entlassen werden. Bis zu diesem Tag waren die Menses noch nicht eingetreten.

Im Jahre 1924, Oktober, befindet sich die Frau im 2. Monat der vierten Schwangerschaft. Sie leidet morgens an Erbrechen und hat an verschiedenen Fingernägeln Nagelbettentzündungen, die sie schon von früheren Erkrankungsperioden her kennt und richtig als lokalisierten Pemphigus deutet, an der Stirn eine runde Erosion, unbekannter Ursache — wahrscheinlich aus einer Blase entstanden.

In Anbetracht der schweren Pemphiguserkrankungen bei früheren Schwangerschaften, der zweifelhaften Prognose des Pemphigus und der gegen früher herabgesetzten Widerstandskraft der Kranken, ferner der Notwendigkeit, die Frau für ihre Kinder und den Ehemann zu erhalten, wird sie einem Gynäkologen überwiesen und die Unterbrechung der Schwangerschaft empfohlen. Nach der Unterbrechung sistieren die Effloreszenzen und heilen ab.

Abb. 2. Fall II, 1915.

Zusammenfassung. Die Kranke erkrankte bei vier Schwangerschaften, etwa im zweiten Monat, an Pemphigus. Sie weist zeitweise alle Formen, P. vulgaris, foliaceus und vegetans zu gleicher Zeit auf, ein Beweis für die Unitarität derselben. Während der P. vegetans von A. Neisser, Zieler und Ruete nur bei der jüdischen Rasse beobachtet wurde, ist dies hier nicht der Fall. Die Frau übersteht alle Anfälle, trotz der hartnäckigen schweren Form, trotz des Dickdarmkatarrhes und Fiebers. Sie trägt drei Kinder aus, von denen eines mit Pemphipus geboren wird.

Digitized by Google

Der Pemphigus heilt in einem Falle nach der Entbindung aus, in zwei anderen jedoch setzt er sich in die Laktationsperiode fort, um erst nach Monaten zu heilen. Beide Male besteht Amenorrhöe dabei.

Therapeutisch hat sich gegen die vegetierende Form die Exkochleation mit folgender Paquelinisierung und Röntgenisierung bewährt. Innerliche Mittel schlugen nicht an.

Eine Besonderheit ist der Beginn des Pemphigus in der vierten Schwangerschaft als exfoliierende Nagelbettentzündung, nachdem schon in der dritten die gleiche Lokalision neben anderem vorhanden gewesen war.

Abb. 3. Fall II, im Jahre 1917.

Die örtliche Beschränkung auf gewisse Gebiete ist dem Pemphigus eigen. In einem Falle ist es das Genital. Ich erinnere mich einer Frau, die mit P. vegetans am Genital in äußerst heruntergekommenem Zustand in das Krankenhaus kam. Die Krankheit blieb monatelang auf diese Region beschränkt. Erst kurz vor dem Tode, der durch schweren Dickdarmkatarrh beschleunigt wurde, zeigten sich Blasen in der weiteren Umgebung, am Gesäß. Häufiger ist es die Nabelgegend; im soeben beschriebenen Falle begann der Pemphigus der ersten Schwangerschaft am Nabel. Ich erinnere mich einer zweiten Kranken, die monetelang einen P. vegetans am Nabel gehabt hatte. Sie wurde von einem Frauenarzt behandelt, der schließlich mit einem hinzugezogenen Chirurgen die Nabelgegend „bis aufs Bauchfell" ausschnitt. Im weiteren Verlauf wurden die Achselhöhlen „ausgeräumt". Um die Narben herum breitete sich der Prozeß aus, und als der Pemphigus universell war, bekam ich die Kranke zu sehen. Auch auf den Schleimhäuten kann der Pemphigus beginnen und durch lange Zeit lokalisiert bleiben, ein Umstand, welcher die Diagnose Schwierigkeiten bereitet. Eine Frau litt durch zwei Jahre hindurch an häufigen Anfällen von Atemnot und Schluckbeschwerden, die mit dem Aushusten von bohnenschalenähnlichen Schleimhautfetzen endeten. Sie ging deshalb zu einem Halsarzt. Diese Fetzen stammten von dem Pharynx und der Epiglottis.

Digitized by Google

Endlich bekam sie eine Pemphiguseruption am Nabel, durch welche die merkwürdige Halserkrankung ihre Erklärung als Schleimhautpemphigus erfuhr.

Einen weiteren Fall hartnäckiger Lokalisation, wenn auch nicht eines Pemphigus vulgaris, so doch einer pemphigoiden Erkrankung, an sämtlichen Finger- und Fußnägeln sehe ich zur Zeit an einem dreijährigen Knaben mit der bullös-dystrophischen VIDAL-HALLOPEAUschen Erkrankung. Die Großeltern desselben sollen Geschwisterkinder gewesen sein. Schließlich möchte ich auf eine Bemerkung A. NEISSERS hinweisen (Lehrbuch S. 263), „daß die Impetigo herpetiformis (oder wenigstens analoge Prozesse) an den Fingernägeln beginnen kann (Acrodermatites suppuratives)". Er erinnert hiermit an pemphigoide Erkrankungen der Nagelbetten, die von einzelnen französischen u. a. Autoren mit verschiedenen Namen belegt worden sind, und der ätiologischen Vereinheitlichung warten; sie gehören wohl mit dem Pemphigus in eine Gruppe. Ich meine die Polydactylites suppuratives récidivants, Acrodermatites continues, Phlycténose recidivants, Eruption tropho-névrotique (FRÈCHE), Dermatitis repens (RADCLIFFE CROCKER).

Neuerdings haben die Autoren bei den Pemphiguserkrankungen einen „Primäraffekt" und traumatische Auslösung vermutet (BOCKHOLT, ELIASSOW und STERNBERG). Die Darstellung der Kranken kommt solcher Auffassung entgegen, insofern ein Frankfurter Pemphiguskranker Straßenbahnfahrer war und den Nabelpemphigus mit den Kurbelstößen zusammenbrachte. Eine meiner Kranken beschuldigte im gleichen Falle die Korsettstange. An den Fingerspitzen fehlt es gewiß nie an kleinen Traumen, jedoch kann man bei gleichmäßiger Erkrankung an allen Zehen und Nägeln nicht mehr Traumen beschuldigen.

Auch ist auf die Dystrophie der Nägel hinzuweisen, die bei pemphigoiden Erkrankungen bisweilen dieselben sind wie nach Nervenläsionen. Die Nägel verlieren den Glanz, werden spröde, lösen sich teilweise oder ganz vom Nagelbett, oder es verstreicht der freie Raum zwischen Fingerkuppe und peripherischem Nagelende (AFÖLDI).

Ich glaube daher, daß weder von Primäraffekt noch von traumatischer Ursache gesprochen werden darf.

Wie viele Hautkrankheiten, hat der Pemphigus seine Prädilektionsstellen — auf Grund innerer Ursachen. Der Raynaud bevorzugt die Fingerspitzen, das Myxödem das Gesicht, die Sklerodermie die Finger, der Pemphigus den Nabel und die Nagelbetten! Bei allen genannten Krankheiten vermuten wir endokrine Störungen. Ebenso bei anderen pemphigoiden Erkrankungen: so bei der Dermatitis herpetiformis mit ihrer Jodüberempfindlichkeit, die ich jüngst bei einer Basedowkranken erlebt habe, und bei der Impetigo herpetiformis, selbst dann wenn sie bei Nichtgraviden und Männern beobachtet wird.

Ich schließe nun noch einen dritten Fall von Schwangerschaftspemphigus in Kürze an:

Fall III. Martha F., 25 Jahre alt.

Vorgeschichte: Zwei Schwangerschaften verliefen normal.

Im 6. Monat der dritten Schwangerschaft begann ein Pemphigus im Munde und Rachen. Nach der Entbindung besserte sich der Zustand, aber nur vorübergehend.

Digitized by Google

14 Tage nachher traten neue Hals- und Mundbeschwerden auf, eine Woche darauf Efloreszenzen an den Geschlechtsteilen, die zur Aufnahme Anlaß gaben.

Status am 8. I. 1912: Sehr blasse, mittelkräftige Person. Auf der linken Lungenspitze Schallabschwächung und rauhes Atmen, sonstige Organe gesund. Zunge, Zahnfleisch, Wangenschleimhaut voll Erosionen mit grauem Belag. Epiglottis erodiert. Körper rein, mit Ausnahme des Genitals und seiner Umgebung, wo sich schmierige Erosionen und knotige Erhabenheiten zeigen.

Die Entwicklung neuer Effloreszenzen beginnt hier mit einer erythematösen Papel, auf dieser bildet sich eine Blase oder auch mehrere, diese erodieren sich rasch und zeigen in einigen Stunden einen membranösen, gelblichen Belag. Der Grund dieser Erosionen wuchert und hebt sich in die Höhe. Durch Konfluenz entstehen wunde Bezirke gleicher Art, die am Rande fortschreiten.

Am 13. II. Pemphigus um die Nagelbetten beider großen Zehen und am Nabel. Im März erkranken die anderen Zehen. Blumenkohlartige Wucherungen am Nabel. Im April Pemphigus an Brust und Bauch, später am Kopf und im Gesicht.

Die Krankheit ist durch keine der üblichen Medikationen (Arsen, Serum, Aderlaß mit Infusionen von physiologischer NaCl-Lösung, von Glykoselösung, Salvarsan usw.) dauernd zu beeinflussen. Arsen wirkte provozierend (vermehrter Blasennachschub). Chinin (intravenös) schien hemmend zu wirken, wurde in verschiedener Form versucht, aber auf die Dauer nicht mehr vertragen.

Im Januar 1913 erkrankten auch die Nagelbetten der Finger, zuerst der Daumen. Die Nägel gingen allmählich ab. Unter Röntgenstrahlen gingen die Vegetationen zurück, der Pemphigus ging aber in Foliazeusform weiter. Vereinzelt wurden Blaseneruptionen beobachtet. Die Menses blieben seit Februar 1912 (erste Menses nach der Entbindung) aus. Die Mammae entleerten noch 12 Monate später auf Druck Milch, obgleich nicht gestillt worden war.

Trotz der durch den Mundpemphigus erschwerten Nahrungsaufnahme und mehrerer Anfälle von Darmkatarrh hat die Kranke bis 23. August 1913 ausgehalten. 20 Monate nach Beginn starb sie in starker Kachexie. Bei der Sektion fand sich Tuberkulose der linken Spitze und tuberkulöse Geschwüre der Bauhinischen Klappe. Hochgradige Kachexie und Anämie. Nebenher wurde starke kolloidale Entartung der Schilddrüse gefunden.

Dieser Fall zeigte auch alle Formen des Pemphigus chronicus, ferner die schon hervorgehobenen Lokalisationen, besonders an den Nägeln, aber auch die betrübende Resistenz gegen alle ärztlichen Bemühungen. Der Tod ist auf Erschöpfung zu beziehen, die besonders Folge der schwierigen Nahrungsaufnahme und des gewaltigen Verlustes von Serum durch die erodierte Haut war. Eine Sepsis war bei der fast zweijährigen Krankheitsdauer nicht eingetreten. Auffallend ist, daß auf so geschwächtem Boden die Tuberkulose, welche von Anfang an in der Lungenspitze nachweisbar war, so geringe Fortschritte gemacht hat, daß sie nur als Nebenbefund bei der Sektion auftrat.

Bemerkenswert ist die kolloidale Entartung der Schilddrüse. Der Beginn in der Schwangerschaft, die vorübergehende Besserung nach der Entbindung, die Amenorrhöe und die über ein Jahr anhaltende Laktation sind Umstände, die auf endokrine Ursachen hinweisen.

Im Fall II bestanden Pemphigus und Amenorrhöe nach der zweiten Entbindung 18 Monate, nach der dritten 9 Monate.

Im Fall I wurde eine Überempfindlichkeit gegen Luteoglandolimpfung festgestellt.

Diese Beobachtungen legen nahe, an Corpus luteum persistens in diesen Pemphigusfällen zu denken.

Man findet die Ansicht verbreitet, daß der Pemphigus chronicus meist zur Sepsis führe. Eliassow und Sternberg fanden unter 13 Sektionsbefunden 6 mal Pneumonie, 1 mal Embolie der Lungenarterie und nur 2 mal

Digitized by Google

Pyämie und widerlegten damit in Übereinstimmung mit HERXHEIMER und KAPOSI diese Ansicht.

Ein ähnliches Ergebnis ergibt die Betrachtung von 11 Sektionsbefunden, die ich von 9 weiblichen und 2 männlichen Pemphiguskranken gesammelt habe. Der an erster Stelle beschriebene Fall ist der einzige mit Pyämie, und diese ist sekundär. 5mal wird hochgradige Kachexie besonders hervorgehoben. Ich stelle kurz die Hauptsektionsdiagnosen zusammen:

1. Frau Fö., 41jähr., Kachexie, Enteritis.
2. Frau Kl., 37jähr., Kachexie, Dekubitus, Pyämie.
3. Frau O., 46jähr., Kachexie, Atherosklerose, Gangrän des Beines.
4. Frau Be., 62jähr., Nephritis haemorrhagica.
5. Frau Bo., 61jähr., Nephritis, Atherosklerose.
6. Frau Re., 58jähr., Kachexie, Schrumpfniere.
7. Frau W., 41jähr., Pneumonie, Atrophie der Thyreoidea, Hypoplasie des Pankreas.
8. Frau Fa., 25jähr., Kachexie, Tuberkulose, Magendarmkatarrh, kolloidale Schilddrüsenentartung.
9. Frau Ro., 46jähr., Magenkrebs.
10. Herr W., 50jähr., Pneumonie, schwerer Dickdarmkatarrh, Geschwüre im Magen und Darm, hochgradige Atrophie der Hoden.
11. Herr O., 47jähr., Pneumonie, Nekrose des Parenchyms und der interstitiellen Zellen der Hoden.

Erwähnenswert sind die schweren Darmkatarrhe, die klinisch eine große Rolle spielen und die Pemphiguskranken herunterbringen. Sie begleiten auch die schweren allgemeinen Dermatitiden anderer Genese. Was die Drüsen mit innerer Sekretion anbelangt, so findet sich bei beiden männlichen Leichen Hodenatrophie, besonders ist auf die Nekrose der interstitiellen Zellen hinzuweisen. Bei einer Frau fand sich Atrophie der Thyreoidea und Hypoplasie des Pankreas, bei einer zweiten kolloidale Entartung der Thyreoidea.

Diese letzten Befunde, wenn auch gering an Zahl, sind immerhin beachtlich; denn auf endokrine Störungen weisen auch klinische Beobachtungen hin, besonders der Zusammenhang mit den Phasen des weiblichen Geschlechtslebens.

Daß eine Noxe im Blute der pemphiguskranken Frau K. (Fall I) und Frau L. (Fall II) zirkulierte und diese in der Haut Blasen erzeugte, beweist der Pemphigus congenitus der Kinder, welche diese Kranken gebaren.

Der Pemphigus des Neugeborenen in Fall II wurde von mir selbst nicht gesehen, aber ist nach dem Zeugnis der Mutter und des behandelnden Arztes nicht zu bezweifeln.

Über das andere Neugeborene ist folgendes zu berichten:

Krankengeschichte: Die Mutter liegt seit 30. IX. wegen Pemphigus vulgaris und foliaceus auf der Station; die Blasenschübe haben gegen Ende der Schwangerschaft, mehr und mehr zugenommen. Am 7. XI., am normalen Ende der Schwangerschaft, wird ein gut entwickelter Knabe von 3000 g Gewicht und 48 cm Länge geboren. Die Geburt ging rasch vonstatten. Das Neugeborene hat am Kopf, Rumpf und Extremitäten zahlreiche verschieden große, teils mit klarem, teils mit getrübten Serum gefüllte Blasen, ferner zahlreiche erodierte Partien, die von geplatzten Blasen herrühren. Hand-

Digitized by Google

teller und Gesicht sind frei. Durch Druck, Streichen und Kneifen der Haut lassen sich künstlich keine Blasen erzeugen.

Am 8. XI. sind im Blaseninhalt zahlreiche eosinophile Zellen vorhanden; in einem Teil von 10 Ausstrichen werden Staphylokokken nachgewiesen. Behandlung: Tägliches Bad und Borsäure-Zinkpuder. Am 14. sind sämtliche Blasen abgeheilt. Neue Blasen sind nach der Geburt nicht aufgetreten.

Das Kind war und blieb fieberfrei, nahm vom 13. Lebenstage ab an Gewicht zu und wurde bis zum 30. Dezember, wo es 3900 g wog, beobachtet und dann entlassen.

Dieser Fall ist der erste Fall Pemphigus vulgaris congenitus, der veröffentlicht wird. Über sein Zustandekommen ist folgendes zu sagen.

Das Kind wurde mit frischen und geplatzten Blasen geboren. Die Entbindung ging rasch vor sich. Es ist demnach in den letzten Schwangerschaftstagen in utero erkrankt. Für eine längere Erkrankung liegt kein Anhalt vor. Mit der Lösung vom Plazentarkreislauf sistiert die Krankheit: es entstehen keine neuen Blasen. Die bestehenden heilen schnell ohne Narben ab. Das Allgemeinbefinden ist weder durch Fieber noch Komplikationen gestört.

Am nächsten Tage finden sich Staphylokokken im Blaseninhalt, aber nicht in allen Blasen. Eine intrauterine Staphylokokkeninfektion kann

Abb. 4. Der Neugeborene von Fall I.

nicht stattgefunden haben, denn die Mutter war zur Zeit der Entbindung frei von Pyämie, und das Kind war und blieb frei davon. Ein Pemphigus acut. contag. tritt erst am 3. Lebenstage oder später auf. Ein solcher hat also nicht vorgelegen. Die Staphylokokken müssen als sekundär hinzugekommen angesehen werden. Von der Mutter auf das Kind, durch die Plazenta, können — wie bekannt — Keime und gelöste Gifte übergehen. Allerlei Infektionskrankheiten, nicht nur Syphilis, sondern Masern, Scharlach, Sepsis und Pocken können den Fötus befallen und auch zum Teil im Uterus ablaufen. Außerdem gehen Diphtherietoxin und Typhusagglutinine auf den Fötus über und können ihn immunisieren. Gegen septische Infektionen wird eine Immunität nicht in utero erworben. In seltenen Fällen, wie E. Lesser im Lehrbuch S. 109 erwähnt, entwickelt sich eine Urticaria perstans, eine Toxikose, bereits intrauterin.

Eine analoge, plazentar übertragene Toxikose muß auch hier angenommen werden. Besonders deswegen, weil die Krankheit des Neugeborenen im Uterus begonnen hat, in einem Stadium, wo die mütterliche Erkrankung ihre Höhe erreichte, und sofort sistierte, als die Verbindung mit dem mütterlichen Kreislauf aufhörte.

Bei dem Suchen nach ähnlichen Fällen fand ich nur folgenden.

Digitized by Google

F. BLUMENTHAL (Arch. f. Derm., 1908, Bd. 93) beschreibt ein intrauterin entstandenes toxisches bullöses Erythem aus der Klinik E. LESSERS.

In diesem Fall litt die Mutter seit 3 Jahren an Dermatitis herpetiformis, besonders stark während der Schwangerschaft, und wurde mit Atoxyl behandelt. Das Neugeborene wies Erytheme und Blasen auf, welche nach 14 Tagen heilten. Der Autor läßt unentschieden, ob As oder die Noxe der Dermatitis herpetiformis durch die Plazenta auf den Fötus übertragen worden ist und das Exanthem intrauterin verursacht hat.

In meinem Falle hatte die Mutter 14 Tage vor der Entbindung die letzte As-Injektion erhalten. Ich glaube daher, daß As bei dem Pemphigus ihres Kindes nicht in Frage kommt. Der Fall BLUMENTHALS hat trotzdem große Ähnlichkeit mit dem meinigen.

Die Frau in Fall III, deren erstgeborenes Kind einen Pemphigus bei der Geburt hatte, hatte nie Arsen genommen.

Ein weiterer Fall von WILLIAMS (A Case of Pemphigus in Mother and Child associated with Uterine Sepsis) ist ganz anderer Art, weil es sich um einen akuten, kontagiösen Pemphigus bei Mutter und Kind handelt, der bei ersterer am 2. Tag nach der Entbindung und bei letzterem am 4. Tag auftrat. Beide starben; die Mutter an Puerperalsepsis. Darin liegt der Hauptunterschied: meine Kranke, Frau K., litt während der Schwangerschaft an chronischem Pemphigus und nicht an Sepsis. Das Kind erkrankte in utero an Pemphigus, durch Übertragung eines Toxins, nicht eines Virus, und genas kurz nach der Geburt.

Literatur.

BLUMENTHAL, F., Ein intrauterin entstandenes toxisches bullöses Erythem. Arch. f. Derm., 1908, Bd. 93, S. 43. — WILLIAMS, EVERARD, A Case of Pemphigus in Mother and Child associated with Uterine Sepsis. (Ein Fall von Pemphigus bei Mutter und Kind, verbunden mit vom Uterus ausgehender Sepsis.) Proc. of the roy. soc. of med., 1924, Bd. 17, Nr. 9, S. 70—72, Sect. of Obstetr. a. Gynecol. Ref. Zbl. f. H. u. G., Bd. 16, S. 206. — ELIASSOW u. STERNBERG, Fall von Pemphigus foliaceus und Todesursache bei Pemphigus Derm. Zschr., 1924, Bd. 42, H. 3—4. — BRUHNS, C., Impetigo herpetiformis bei nicht graviden Frauen und bei Männern. Arch. f. Derm., Bd. 148, S. 489. — BOCKHOLT, Pemphigus nach Trauma. Arch. f. Derm., 1913, Bd. 142. — KLOPSTOCK, Pemphigus vulgaris bei Schwangerschaft. Derm. Zschr., Bd. 40, H. 5—6. — ZIELER, Demonstration von Pemphigus vegetans. Zbl., Bd. 16, S. 168. — RUETE, Diskussionsbemerkung. — KARTAMISCHEW, Wesen des Pemphigus. Arch. f. Derm., Bd. 143, H. 1—2, Bd. 146, H. 2, Bd. 148, H. 1. — POKORNY u. KARTAMISCHEW, ebenda, Bd. 144, H. 3. — WIRZ, Beziehungen zwischen Urtikaria und Gefäßsystem. Arch. f. Derm., Bd. 146, H. 2. — AFÖLDI, A., Das Nagelbettzeichen. D. m. W., 1916, S. 878.

Die Behandlung der Krampfadern mit intravarikösen Kochsalzinjektionen.

Von

Dr. K. LINSER in Dresden.

Es ist nun gerade zwei Jahre her, daß ich zur Verödung von Varizen hochprozentige Kochsalzlösungen empfohlen habe. Die Möglichkeit, mit einem so harmlosen und völlig unschädlichen Mittel Krampfadern zu beseitigen, hat die Zahl der Anhänger der Varizenbehandlung mittels In-

Digitized by Google

jektionen nicht unwesentlich vermehrt. Die inzwischen erschienenen Mitteilungen über die auch anderwärts mit den Kochsalzlösungen gemachten Erfahrungen lauten durchweg günstig und ermutigen, nochmals ganz kurz auf diese praktisch einfache, ungefährliche und erfolgreiche Methode der Venenverödung aufmerksam zu machen.

Intravariköse Injektionen versuchte man schon im vergangenen Jahrhundert zum Zwecke der Krampfaderbehandlung. Doch lag es an der Wahl der Injektionsmittel, der damals doch relativ mangelhaften Injektionstechnik und nicht zuletzt an der — im Hinblick auf die verwendeten Lösungen sicher auch nicht unberechtigten — Furcht vor Embolien, daß sich diese Methode nicht früher durchzusetzen vermochte. Erst P. Linser hat durch Einführung seiner Sublimatspritze die Injektionsbehandlung der Krampfadern zu einem wirklich brauchbaren und vorzüglichen Verfahren ausgebaut. Er und seine Schüler zeigten, daß Grundbedingung einer therapeutischen Venenthrombose die Nekrose der Intima ist. Und erst auf dem Boden derselben entwickelt sich ganz allmählich sekundär ein sog. Abscheidungsthrombus. Je stärker die Intimaschädigung ist, desto mehr rückt auch die Gefahr einer Embolie in den Hintergrund, zumal wenn die Thrombose selbst nur langsam erfolgt. Denn parallel mit der Thrombose geht auch deren Organisation einher. Wie experimentelle Arbeiten klarlegten, ist bei den von P. Linser angegebenen Sublimatinjektionen eine Loslösung und Verschleppung der Thromben ganz ausgeschlossen. Und die Erfahrung hat alles das nur bestätigt: seit 1911 wurden Tausende von Krampfaderkranken, ohne daß es zu irgendwelchen derartigen unerwünschten Nebenerscheinungen kam, mit Sublimatspritzen behandelt und geheilt.

Trotz der Vorzüglichkeit der Sublimatinjektionen bedeutet aber die Vernichtung der Krampfadern mit ganz einfachen Kochsalzlösungen einen nicht unbeträchtlichen Fortschritt in der Varizentherapie.

Sehr viele Kollegen haben eine freilich oft ganz unbegründete Scheu vor Sublimatinjektionen. Noch größer und vielleicht verständlicher ist die Angst des Laien vor „Quecksilbereinspritzungen". Schließlich ist das Sublimat ja auch kein indifferentes Mittel. Hammer ist zwar der Einzige, der einen Todesfall im Anschluß an Sublimatinjektionen gesehen hat. Ich habe während meiner Tübinger Assistentenjahre viele Hundert Sublimateinspritzungen gemacht und mitbeobachtet und eigentlich nie ernstere Nebenerscheinungen erlebt. Aber immerhin ist bei einer, wenn auch verschwindend geringen Anzahl von Kranken mit einer Hg-Überempfindlichkeit zu rechnen. Und solche Fälle können dann, zumal in der Privatpraxis, doch einmal recht unangenehm werden. Ich erinnere nur an die neuerliche Mitteilung Hempels, wonach es trotz vorheriger Urinkontrolle wenige Stunden nach der Injektion zu Erbrechen und blutigen diarrhoischen Stühlen kam und der Allgemeinzustand der fiebernden Kranken vorübergehend auf das schwerste geschädigt war. Aber selbst bei der Seltenheit solcher Vorkommnisse ist doch oft schon störend genug, daß Sublimat bei einer Reihe von Leiden (harmlosen Enteritiden, Erythrodermien, Ekzemen, Lebererkrankungen) kontraindiziert ist. Ganz abgesehen davon, daß es infolge seiner relativen Giftigkeit nur in

Digitized by Google

bestimmten Zeitintervallen gegeben werden kann und, besonders wenn sich unerwünschte Nebenerscheinungen (Stomatitiden, Enteritiden, Albuminurie, Angina mercurialis, Quecksilberdermatitiden) einstellen, die Behandlungsdauer nicht unerheblich in die Länge gezogen wird.

Die Kochsalzlösungen sind indessen stets unbedenklich und, da sie frei von unangenehmen Nebenerscheinungen sind, für die Praxis zweifelsohne geeigneter. Hinsichtlich des Erfolges und der Thrombenfestigkeit stehen sie dem Sublimat in keiner Weise nach und sind ihm gerade wegen ihrer Harmlosigkeit eher vorzuziehen.

Im allgemeinen kommt man mit einer 15%igen, besser 20%igen Kochsalzlösung aus. Für sehr voluminöse Varizen empfehle ich eine gesättigte (= etwa 25%ige) Lösung zu nehmen. Meist genügen 3—5 ccm der betreffenden Lösung zur Verödung der Krampfader. Grundbedingung für den Erfolg ist jedoch richtige Technik. Dies hat schon P. Linser immer wieder für seine Sublimatinjektionen auseinandergesetzt. Und Hempel hatte bei seinen ersten Sublimateinspritzungen 13% Versager, eine Zahl, die, wie er selbst zugibt, auf mangelhafte Technik zurückzuführen war und nach Verbesserung der letzteren wesentlich zurückging. Durch die zu injizierende Lösung soll die Intima möglichst stark geschädigt werden. Dies wird aber nur dann der Fall sein, wenn die Lösung wenig oder möglichst unverdünnt mit der Venenwand in Berührung kommt. Falsch ist somit, Blut in unnötig reichlicher Menge vor der Einspritzung in die mit der NaCl-Lösung gefüllte Spritze zu aspirieren. Die NaCl-Lösung wird dadurch meist zu sehr verdünnt, und die Einspritzung dieser Mischung führt dann zu keiner Thrombose. Unrichtig ist aus dem gleichen Grunde, wenn man die NaCl-Lösung in eine größere Blutmenge spritzt, also in die Blutsäule weitlumiger Varizen oder Varixknoten. Verständlich ist das allenfalls noch, wenn dabei gleichzeitig 10—15 Minuten distal und proximal von der Injektionsstelle gestaut wird und dadurch die stark verdünnte NaCl-Lösung wenigstens längere Zeit auf die Intima einwirken kann. So mag es in einer Anzahl der Fälle noch zu einer genügenden Schädigung der Veneninnenwand kommen. Ungleich sicherer ist indessen die von P. Linser empfohlene Methode: Man geht mit einer dünnen Nadel in die meist gut sichtbare, gefüllte Vene ein, aspiriert, um sich von der Richtigkeit der einwandfreien Lage der Kanüle zu überzeugen, eine geringe Menge Blut. Dann wird das Bein des liegenden Kranken hochgehoben und der Zustrom des Venenblutes mit der Hand peripher von der Einstichstelle unterbrochen. Das noch in den Varizen vorhandene Blut wird, am besten von der Assistenz, zentralwärts ausgestrichen, und nun wird in die blutleer gemachte Vene injiziert und so die hochprozentige Lösung unverdünnt an die Intima gebracht. Schon ein kurzes Einwirken der hochprozentigen Kochsalzlösung auf die Veneninnenhaut genügt, um diese zur Nekrose zu bringen. Beim Zurückziehen der Nadel ist streng darauf zu achten, daß kein NaCl-haltiges Blutgemisch durch den Stichkanal nach außen tritt. Es kommt sonst sehr leicht zu recht schmerzhaften Entzündungen des perivenösen Gewebes. Man drückt deshalb am besten gleich nach dem Herausziehen der Nadel noch kurze Zeit mit dem Finger fest auf die Einstichstelle. Unmittelbar nach der Injektion fühlt man meist,

Digitized by Google

daß sich die Krampfader kontrahiert hat, und hat damit ein sicheres Zeichen ihrer Schädigung. Ich massiere gewöhnlich noch 3—5 Minuten die so betreffende Venenpartie. Die erfolgte Thrombose läßt sich meist nach 24—48 Stunden feststellen. Die gespritzten Krampfadern sind dann hart und leicht druckschmerzhaft.

Die Empfindlichkeit der einzelnen Kranken gegenüber den Kochsalzlösungen ist nicht immer eine ganz gleiche. Ich kenne einige Patienten — es ist im Verhältnis zu der großen Menge von Krampfaderkranken, die ich bereits mit Kochsalzlösungen behandelt habe, eine relativ geringe Anzahl —, die trotz einwandfreier Technik ungenügend auf die Injektionen reagierten. Aber schließlich kommt man durch wiederholte Injektionen in dieselbe Stelle auch bei diesen resistenten Fällen zum Ziele, und ich kenne keinen Fall, der nicht zuletzt doch auf Kochsalzinjektionen erfolgreich angesprochen hätte. Dieselben Erfahrungen hat P. Linser gemacht, der nun seit mehr als $1^1/_2$ Jahren an seiner Klinik ausschließlich die Kochsalzlösungen verwendet und damit sehr zufrieden ist. Andererseits gibt es aber Kranke, die auf die NaCl-Lösungen mit stärkeren Entzündungserscheinungen reagieren. In diesen ebenfalls seltenen Fällen haben dann die Patienten über erhebliche Schmerzen in den behandelten Venen geklagt, etwas, was übrigens auch bei den Sublimatinjektionen ab und zu beobachtet wurde. Solche Periphlebitiden geben jedoch in keiner Weise zu Besorgnis Anlaß, sichern im Gegenteil eine restlose Verödung der betreffenden Krampfadern und klingen auf Bettruhe und Wärme rasch ab. Je nach der Empfindlichkeit des Patienten wird man aber bald schwächere, bald stärkere NaCl-Lösungen wählen. Man sieht ja schon nach den ersten Injektionen, ob man mit der Kochsalzkonzentration steigen oder zurückgehen soll.

Gewöhnlich ist die Vena saphena magna in ihrem ganzen Verlaufe varikös entartet. Man fängt dann zweckmäßig dicht unterhalb der Kniegegend mit den Injektionen an und blockiert so die pathologische Blutzirkulation, entlastet damit die weiter unten gelegenen Varizen und schafft damit dem Patienten schon im Beginn der Behandlung eine oft nicht unbeträchtliche Erleichterung. Man behandelt nunmehr, soweit nötig, der Reihe nach alle Varizen des Unterschenkels. Falls sich auch am Oberschenkel Krampfadern finden, besteht kein Hindernis, auch diese zu injizieren. Zu einer Thrombose der großen Venen kommt es nie. Diese führen ja so viel Blut, und dieses fließt dort so rasch, daß die eingespritzte Lösung sofort so verdünnt wird, daß von einer Intimaschädigung durch sie keine Rede mehr sein kann.

Einen Nachteil haben die NaCl-Lösungen gegenüber den Sublimatlösungen. Bei den meisten Patienten tritt wenige Augenblicke nach der Einspritzung ein Krampf in der Wadenmuskulatur auf, der meist bis in den Fuß ausstrahlt. Dies ist bei einigen Kranken, besonders in der Privatpraxis, oft recht unangenehm. Je nach der Empfindlichkeit des Patienten wird dieser Krampf als mehr oder minder schmerzhaft geschildert. Obwohl dies alles stets nur wenige Sekunden dauert, so hat hat es mir dennoch Veranlassung gegeben, zu versuchen, durch Beifügen irgendeines Anästhetikums zu den NaCl-Lösungen diese Schmerzempfindung

Digitized by Google

auszuschalten oder wenigstens herabzusetzen. Ich glaube, dies mit einer in Zusammenarbeit mit dem Sächs. Serumwerk hergestellten haltbaren und konstant bleibenden Injektionsflüssigkeit erreicht zu haben[1]).

Zum Schlusse glaube ich nochmals auf eine Tatsache aufmerksam machen zu müssen. Als ich an der Tübinger Hautklinik die verschiedenen Mittel hinsichtlich ihrer Verwertbarkeit in der Varizentherapie durchuntersuchte, habe ich eine große Anzahl solcher gefunden, die wohl zu einem Venenverschluß führten, leider aber ohne Garantie einer Thrombenfestigkeit. Ich habe bereits in einer früheren Arbeit auf den Unterschied zwischen Koagulations- und Abscheidungsthrombose hingewiesen und auf die Gefahr mancher heute immer noch zur Venenverödung verwendeter Injektionsmittel aufmerksam gemacht. Die Injektion isotonischer Pregl-Lösung in Krampfadern hat bereits tödliche Embolie zur Folge gehabt. Auch der von Schoenhof im vergangenen Jahre empfohlenen Argochromlösung stehe ich skeptisch gegenüber. In der Tübinger Hautklinik haben wir beereits im Frühjahr 1923 Argochromlösungen im Tierversuch ausprobiert. Und wir haben damit ähnlich wie mit dem übrigens die Intima viel stärker schädigenden Pyoktannin Thrombosen bekommen, leider aber relativ rasch im Anschluß an die Injektion auftretende Thromben. Diese sind aber wegen derEmboliegefahr für die Varizentherapie ungeeignet. Daß zwei Hunde, die ich mit der erwähnten Pyoktanninlösung gespritzt hatte, an Embolie zugrunde gingen, hat uns in der Auswahl der Krampfadermittel sehr vorsichtig gemacht. Es ist wohl ein Vorzug, daß Argochrom bei perivenösen Injektionen angeblich keine Nekrosen macht, beweist aber auch andererseits, daß die Intimaschädigung, wie erwähnt, relativ gering ist. Ähnlich ist es auch mit dem von Montpellier empfohlenen Quecksilberjodid und mit dem von Genevier angegebenen Chinin-Urethan. Am besten ist noch die 10—30%ige Sodalösung Sicards, die jedoch bei fehlerhafter Technik ausgedehnte Nekrosen hervorruft und deswegen von vielen Franzosen wieder verlassen worden ist. Mit 30%igem Alkohol, hochprozentigen Traubenzuckerlösungen, Natrium salicylicum sowie mit Introzid sind annehmbare Thromben zu erzielen. Ich sehe aber keinen Grund ein, diese meist mit Nebenerscheinungen verbundenen Injektionsmittel den einfachen und unschädlichen Kochsalzlösungen vorzuziehen

Daß fehlerhafte perivenöse NaCl-Injektionen unweigerlich Nekrosen im Gefolge haben, ist bereits in einem früheren Artikel ausführlich von mir erwähnt worden. Man kann eben von einem Mittel nicht alles verlangen: schwere Verätzung der Intima auf der einen Seite, auf der anderen Seite indifferentes Verhalten dem übrigen Gewebe gegenüber. Durch gute Technik läßt sich indessen bei genügender Vorsicht dieser Übelstand leicht beseitigen, und jeder, der elegant und sicher die intravarikösen Kochsalzeinspritzungen zu machen versteht, wird viel Freude erleben, weil er unbedingt Erfolg hat und deshalb dankbare und zufriedene Patienten sieht.

---

[1]) Die Injektionsflüssigkeit ist unter dem Namen Varicophtin vom Sächs. Serum-Werk Dresden zu beziehen in Ampullen von 10 ccm.

Digitized by Google

Literatur.

Bazelis, M., Behandlung der Varizen mit intravarikösen Injektionen. Presse méd., 1924, Jg. 32, Nr. 33, S. 358—359. — Bardy, H., Die Behandlung der Krampfadern. Acta chirurg. scandinav., 1925, Bd. 58, H. 1/6, S. 74—79. — Bellot, V. D., Radikalbehandlung der Varizen mit intravenösen Injektionen von Chinin-Urethan. Arch. de méd. et pharm. nav., 1922, Bd. 112, Nr. 5. — Blanchod, F., Die Behandlung der Unterschenkelgeschwüre und der Varizen. Rev. Suisse rom., 1923, Jg. 43, Nr. 3, S. 155 bis 160. — Coudray, G., Behandlung der Krampfadern und Hämorrhoiden mit sklerosierenden Injektionen. Prog. méd., 1924, Jg. 52, Nr. 18, S. 286. — Covisa u. Sanz de Grado, Behandlung variköser Geschwüre nach Sicard. Actas dermo-sifilograpḧicas, 1921, Jg. 13, Nr. 3, S. 78. — Covisa u. Sanz de Grado, Die Behandlung variköser Venen nach Sicard. Arch. of dermatol. and syphilol., 1921, Bd. 3, Nr. 6, S. 832. — Dubreuilh, Zur Verödung der Varizen mit Quecksilberjodid. Bull. de la soc. franç. de derm., Jg. 1922, Nr. 3, S. 92. — Dunbar, J., Die Behandlung der Varizen des Beines mit Injektionen. Brit. m. J., 1925, Nr. 3340, S. 14—15. — Fabry, J., Zur Technik der intravenösen Sublimatinjektionen bei Varizen und dem varikösen Symptomenkomplex. M. Kl., 1923, Jg. 19, Nr. 40, S. 1324—1325. — Fischer, C., Über Behandlung der Krampfadern mit Sublimatinjektionen nach Linser und über Behandlung der Beingeschwüre. W. kl. W., 1922, Jg. 35, Nr. 1, S. 11—12. — Forestier, J., Die Behandlung der Varizen mit intravarikösen Injektionen. Progr. méd., Jg. 1923, Nr. 3. — Forestier, Behandlung der Varizen mit intravarikösen Injektionen. Clinique, 1924, Jg. 19, Nr. 35, S. 274—276. — Goldmanowna, D., Varizenbehandlung nach Linser. Polska gaz. lekurska, 1922, Jg. 1, Nr. 12/13, S. 250—251. — Hammer, Tödliche Quecksilbervergiftung nach antivariköser Sublimatinjektion. D. m. W., 1919, Nr. 2. — Hempel, C., Behandlung der Varizen mit Sublimatinjektionen. M. m. W., 1924, Jg. 71, Nr. 28, S. 962. — Hempel, C., Erfahrungen mit Sublimatinjektionen bei Varizen. M. m. W., 1924, Nr. 27, S. 900. — Hohlbaum, J., Tödliche Embolie nach Varizenbehandlung mit Pregl-Lösung. Zbl. f. Chir., 1922, Jg. 49, Nr. 7, S. 218/219. — Hültl, H., Die Therapie der Varizen. Gyógyászat, 1924, Jg. 64, Nr. 51, S. 848. — Ivanissevich, O., Behandlung der Varizen und Hämorrhoiden durch sklerosierende Injektionen. Semana méd., 1924, Jg. 31, Nr. 46, S. 1093—1098. — Kottmaier, E., Die Linsersche Varizenbehandlung und ihr Wert für die Dermatologie. Derm. Zschr., 1925, Bd. 43. — Linser, K., Zur Behandlung der Varizen mit intravenösen Injektionen. M. m. W., 1924, Nr. 16. — K. Linser, Die Verödung der Krampfadern mit hochprozentigen Kochsalzlösungen. M. m. W., 1924, Nr. 13, S. 419. — Linser, P., Über intravenöse Sublimatanwendung. M. m. W., 1919, S. 795. — Linser, P., Die Behandlung der Krampfadern mit Sublimatinjektionen und ihre Erfolge. M. Kl., 1921, Nr. 48, S. 1445—1447. — Linser, P., Die Behandlung der Krampfadern. Ther. d. Gegenw., 1925, H. 1. — Lotheissen, G., Zur Varizenbehandlung. Zbl. f. Chir., 1922, Jg. 49, Nr. 22, S. 778. — Marwedel, Einige Bemerkungen über Injektionsbehandlung der Varizen. Zbl. f. Chir., Jg. 48, Nr. 33, S. 1200—1201. — Matheis, H., Zur Injektionsbehandlung der Krampfadern. Zbl. f. Chir., 1921, Jg. 48, Nr. 8, S. 254 bis 256. — Mathieu, A., Die Behandlung der Varizen mit intravarikösen Chinininjektionen. Ref. im Zbl. f. Hautkrankh., Bd. 9, S. 397. — Model, Zur Technik der intravenösen Injektionen und zur Sublimatinjektionsbehandlung der Varizen. M. Kl., 1921, Jg. 17, Nr. 43, S. 1292—1293. — Montpellier, J. u. Lacroix, A., Bindegewebige Heilung von Varizen durch intravenöse lokale Injektionen von Quecksilberjodid. Bull. de la soc. franç. de derm., 1921, Nr. 9, S. 473—475. — Montpelier, J., Lacroix, A. u. Boutin, P., Mitteilung über die Heilung von Varizen durch Thrombosierung mittels intravenöser Injektion von Hydr. bijodat. Bull. de la soc. franç. de derm., 1923, Jg. 30, Nr. 1. — Neugebauer, Erfahrungen über die Injektionsbehandlung der Krampfadern nach Schanz. Zbl. f. Chir., 1924, Jg. 51, Nr. 22, S. 1183. — Nobl, Variköse Erkrankungen und Syphilis. W. kl. W., 1917, Nr. 7. — Nobl, Zur künstlichen Thrombose der Varizen. W. kl. W., 1918, Nr. 10/11. — Nobl, Der variköse Symptomenkomplex. Verlag von Urban & Schwarzenberg. — Nobl, Druckbehandlung von Stauungsgeschwüren. W. kl. W., 1924, Jg. 37, Nr. 26, S. 644—646. — Rosner, J. u. Wohlstein, E., Zur Frage der Behandlung der Krampfadern mit Sublimatinjektionen nach Linser. M. Kl., 1922, Jg. 18, Nr. 48, S. 1527—1528. — Sanz de Grado, Salizylsaures Natron und Dermatosen. Actas dermo-sifiliographicas, 1922, Jg. 14, Nr. 4, S. 320—322. — Sainz de Aja, Die Methoden von Sicard und Linser in der Behandlung der Krampfadergeschwüre. Actas dermo-sifiliographicas, 1922, Jg. 15, Nr. 1, S. 6. — Sainz de Aja u. Alvarez, E., Behandlung

Digitized by Google

der varikösen Ulzera durch thrombosierende Einspritzungen in die Varizen. Actas dermosifiliographicas, 1923, Jg. 15, Nr. 3, S. 97—106. — Schoenhof, S., Argochrom zur Injektionsbehandlung der Varizen. M. Kl., 1924, Jg. 20, Nr. 51, S. 1806—1808. — Sicard, J. A., Über intravariköse Injektionen. J. des pratic., Jg. 37, Nr. 21, S. 345—347. — Sicard, J. A., Paraf, J. u. Lermoyez, J., Behandlung der Krampfadern mit thrombosierenden Injektionen von Natr. salicyl. Gaz. des hôp., 1922, Jg. 95, Nr. 97. — Streissler, E., Erfahrungen mit der Preglschen Jodlösung. Arch. f. kl. Chir., 1921, Bd. 116, H. 3, S. 542—546. — Troisier, J., Die Behandlung der Varizen mit intravarikösen Injektionen von konzentrierter Natr.-citricum-Lösung. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, 1924, Jg. 40, Nr. 16. — Voeckler, Th., Über die Behandlung der Krampfadern und ihre Folgezustände. D. m. W., 1922, Jg. 48, Nr. 25. S. 837 bis 839; Nr. 26, S. 865—866. — Werther, Behandlung der Varizen mit Pregl-Lösung. Zbl., Bd. 14, Nr. 5 u. 6, S. 300. — Wolf, M. Kl., 1920, Nr. 31. — Zirn, Über die Behandlung der Krampfadern, Krampfaderbrüche usw. mit intravenösen Sublimatinjektionen. M. m. W., 1919, S. 282.

Aus der äußeren Abteilung des Stadtkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt
(Dirigierender Arzt: Prof. Dr. Werther).

Ein Fall von Herpes miliaris confluens necroticans als psychogene Dermatose bei einer Hysterischen.

Von

Dr. August Hollenberg, Assistent der Abteilung.

Fälle von funktionellen Ernährungsstörungen der Haut bei Hysterischen erwecken infolge ihres seltenen Vorkommens und ihrer jeweilig besonderen Eigenarten immer wieder erneutes Interesse. Allgemein gültige Auffassungen besonders über die Entstehung des Krankheitsbildes herrschen noch nicht. Es sei mir deshalb erlaubt, über einen Fall zu berichten, der uns vor einigen Monaten von der zweiten inneren Abteilung unseres Krankenhauses wegen einer eigenartigen Hautaffektion zur Begutachtung und Behandlung überwiesen wurde.

Es handelt sich um eine 23jähr. Kranke, die seit Okt. 1923 verheiratet ist und im Okt. 1924 wegen eines Abortes ins Krankenhaus aufgenommen wurde. Im Anschluß an den Abort kam die Kranke am 14. Nov. 1924 zur Weiterbehandlung wegen einer schmerzhaften Schwellung des rechten Kniegelenkes auf die innere Abteilung.

Familienanamnese ist belanglos. Die Entwicklung als Kind und während der Schulzeit war normal. Die Menstruation begann mit 13 Jahren; regelmäßig bis zum Abort, seitdem unregelmäßig, Pausen von 6—8 Wochen, Dauer 8—12 Tage verbunden mit starken Schmerzen im Leib. Keine Kinder.

Status: Kräftige, gut genährte Frau; Fettpolster reichlich entwickelt, Haut und sichtbare Schleimhäute gut durchblutet.

Mundhöhle o. B. Zähne in leidlichem Zustand.

Schilddrüse nicht vergrößert. Auch sonst keine Zeichen von Erkrankung endokriner Drüsen.

Innere Organe o. B.

Rechtes Knie im ganzen geschwollen und druckschmerzhaft mit Einschränkung der aktiven und passiven Beweglichkeit, sonst ohne verwertbaren Befund, kein Knacken, kein Reiben.

Nervensystem: Haut- und Sehnenreflexe normal. Keine Pyramidensymptome. Teilweise Hyperästhesien, teilweise Hypästhesien und deutliche Hypalgesie über dem ganzen Körper. Bestimmte Bezirke lassen sich nicht abgrenzen, auch wechselt der Befund zu verschiedenen Zeiten. Würg- und Kornealreflex deutlich herabgesetzt. Positives Aschnersches und Czermaksches Pulsphänomen. Zeitweise ausgedehnte und heftige Fazialistiks. Chvostek positiv. Dermographismus mit Bildung eines weißen, anämischen Randgürtels.

Digitized by Google

Für die weitere Beschreibung ist wichtig, daß 1917 auf der rechten Wange eine trockene Flechte bestanden hatte, die etwa $^3/_4$ Jahr fachärztlich behandelt wurde und dann ohne Residuen abheilte.

Der hysterische Charakter der Patientin trat erst während des Krankenhausaufenthaltes zum Vorschein. Die Anamnese ergab nichts dafür. Begünstigt wurde der Ausbruch durch den überstandenen Abort, Familienzwistigkeiten und die Nachricht von der Untreue ihres Mannes während des Krankenhausaufenthaltes. Während der Behandlung der Arthritis, die bald eine Besserung zeigte, trat ein länger dauerndes Erbrechen mit Magenbeschwerden, besonders im Anschluß an gemütliche Erregungen auf, ohne einen objektiven pathologischen Befund. Die Diagnose wurde deshalb auf nervöse Dyspepsie gestellt. Man erhielt den Eindruck, daß die Kranke auch bei der Gelenkaffektion aggravierte. Sie hatte ein gesteigertes Interesse für ihre Krankheitserscheinungen und überlief die Ärzte mit immer erneuten Klagen und Beschwerden.

Am 8. Jan. 1925 trat plötzlich auf der Höhe der rechten Wange eine ungefähr talergroße, sehr schmerzhafte Rötung und Schwellung der Haut auf. Bereits am nächsten Tage zeigten sich innerhalb dieses Bezirkes Gruppen von kleinsten Bläschen, die sich bald in hirsekorngroße, gelblichweiße, ischämische Herde umwandelten, die unter die Ebene der umgebenden Haut einsanken und sich durch Konfluenz zu größeren nekrotischen Herden umbildeten. Der Prozeß verlief aber nicht einzeitig, sondern an den verschiedensten Stellen dieses talergroßen Herdes traten regellos immer wieder erneute Bläschengruppen auf und vergrößerten durch die nachfolgende Umbildung den nekrotischen Bezirk.

Versuchsweise wurden auf der symmetrischen Stelle der linken Wange und am Oberschenkel Leukoplaststreifen aufgelegt. Diese sollten 24 Stunden liegen bleiben. Aber bereits nach etwa 12 Stunden entfernte die Kranke die Pflaster, da sie glaubte, es vor Schmerzen darunter nicht mehr aushalten zu können.

Auf der linken Wange hatte sich nun bereits nach 12 Stunden dasselbe Bild wie bei der Primäreffloreszenz entwickelt, nur in etwas geringerer Ausdehnung: unregelmäßig begrenzte Rötung, Schwellung, starke spontane und Druckschmerzhaftigkeit, Bläschenbildung mit Umbildung in ischämische Bezirke und oberflächliche Nekrosen.

Die Stelle am Oberschenkel zeigte dieselben Symptome nur in stärkerem Ausmaße, stärkeren Schmerzen mit tiefgehenderen Nekrosen.

Mechanische Reize (Kneifen der Haut, Reiben derselben mit Bleistiftkuppe), Verbände mit Mastixlösung, Abreibungen mit Benzin und Spiritus vermochten keine pathologischen Hautreaktionen hervorzurufen.

Während die beiden künstlich erzeugten Hautaffektionen in etwa 14 Tagen mit mehr oder weniger deutlicher Narbenbildung abheilten, war der nekrotische Prozeß an der Primäreffloreszenz so ausgedehnt und tiefgehend, daß die Abheilung erst nach 8 Wochen eingetreten ist unter Zurücklassung von ausgedehnter Narbenbildung.

Nicht ganz 2 Monate nach dem ersten Auftreten der Hauterkrankung trat im Anschluß an eine ärztliche Visite der erste typische hysterische Anfall auf mit plötzlicher Schwellung und Zyanose des Gesichts und der Hände. Dabei war die Körperhaltung steif, verzerrt und unnatürlich, die Atmung vollkommen angehalten, so daß der Laie das Bild eines Toten vor sich zu haben glaubte; diese Wirkung war wohl auch von der Kranken beabsichtigt. Herztätigkeit, Reflexe und Hautwärme waren in keiner Weise verändert, und nach energischem Aufrütteln und Lageänderung besserte sich bei normalem Bewußtsein das Aussehen sofort. Retrograde Amnesie bestand nicht. Bemerkenswert ist ferner, daß die Kranke seit mehreren Tagen an heftigen linksseitigen Zahnschmerzen litt. Es mußten 2 Zähne gezogen werden. Zur Linderung der Schmerzen bekam die Kranke warme Umschläge. Am Nachmittag des Tages, an dem der Anfall auftrat, zeigten sich auf der linken Wange, dort wo die Kataplasmen appliziert worden waren, inmitten eines gerötetem Hofes erneut etwa hirsekorngroße, teilweise einzelstehende, teilweise konfluierende, eingesunkene, ischämische sehr schmerzhafte Herde mit zentraler Nekrosenbildung, diesmal in einer wesentlich stärkeren Ausbildung, als sie früher daselbst durch den aufgelegten Leukoplaststreifen erzeugt worden waren.

Ein vorangegangenes Bläschenstadium wurde hierbei nicht beobachtet, obwohl die Patientin 2—3mal täglich untersucht wurde. Nach dem Krankheitsablauf bei den übrigen Herden zu schließen, ist ein Bläschenstadium wohl auch hier vorhanden gewesen, hat aber nur so kurze Zeit bestanden (nachts?), daß es uns nicht zu Gesicht kam.

Hier schließt die Beobachtung der Kranken ab.

Digitized by Google

Noch einmal kurz zusammengefaßt, haben wir folgenden pathologischen Ablauf der beschriebenen Hautaffektionen beobachtet: Zunächst entsteht ohne äußeren Reiz auf der rechten Wange, wo früher ein Ekzem bestanden haben soll, plötzlich ein talergroßes, schmerzhaftes Erythem, das in das Zustandsbild einer heftigen Entzündung mit Exsudation und Ödembildung übergeht. In dieser entzündlich geröteten Schwellung bilden sich durch Fortschreiten des exsudativen Prozesses Gruppen von kleinen miliären Bläschen. Die Bläschen verschwinden unter Zurücklassung von kleinen ischämischen Bezirken, die weiterhin konfluieren und dann landkartenähnliche, unregelmäßig begrenzte Bezirke bilden. Schließlich kommt es zu einer deutlichen nekrotischen Umbildung dieses Hautbezirkes und zu einem Fortschreiten des nekrotischen Prozesses bis zur langsamen Abstoßung des befallenen Hautteiles und Abheilung unter Narbenbildung.

Wir stellten deshalb die Diagnose auf Herpes miliaris confluens necroticans.

Auf inadäquate, lang anhaltende Reize hin (Kataplasmen, Leukoplast) entstand experimentell das gleiche Krankheitsbild, während kurz dauernde Hautirritationen (Abreibung mit Benzin, Reiben der Haut usw.) nicht mit einem pathologischen Prozeß beantwortet wurden.

Die alte Lehre, daß derartige Hauterkrankungen bei Hysterischen ihre Entstehungsursache allein in einem Artefakt finden, ist längs ins Wanken geraten.

Wir wissen jetzt, daß die Aktion der die Haut und ihre Gefäße versorgenden Nerven in weitem Maße von unserem psychischen Erleben abhängig ist, bei einem Menschen mehr ausgeprägt als beim anderen (Erythema pudicum, Cutis anserina usw.). So konnte man z. B. in Hypnose unter einer aufgelegten Münze bei entsprechender Suggestion eine Brandblase erzeugen. Ebenfalls auf nervösem Wege können Eingriffe an verschiedenen, besonders empfindlichen Körperstellen, z. B. am Genitale bei Männern und Frauen reflexartig mehr oder minder umschriebene, begrenzte Erytheme auslösen, die in seltenen Fällen sogar in Dermatitiden übergehen können. Wir haben eine Kranke beobachtet, bei der unmittelbar nach einer Harnröhrendehnung eine Dermatitis auf der Brust auftrat, die sich im Laufe der folgenden Tage über den ganzen Körper ausbreitete, leicht näßte und unter Schuppenbildung erst nach längerer Zeit abheilte. Eine andere Entstehungsursache konnte hierbei trotz ausgedehnter Nachforschung nicht gefunden werden. (Einflüsse von seiten der Menstruation, von Arzneimitteln und Seifen, von Störungen seitens des Digestionstraktus usw. waren auszuschließen). Sicher ist, daß die Haut bei besonders disponierten Menschen und gerade bei manchen Hysterikern in einer ganz ungewöhnlichen Weise für Reize empfänglich ist. Es wird deshalb mit Recht von einer mehr oder minder großen Labilität der Haut gesprochen. Reizungen durch Leukoplast (Dammarharzsäure? Luftabschluß?) oder durch Wärmeumschläge, die bei unserer Kranken das Bild einer ausgesprochenen Hautentzündung und -nekrose hervorriefen, pflegen bei normalen Menschen ohne Folgeerscheinung zu bleiben. Doch ist in unserem Falle in keiner Beziehung der höchste Grad der Hautempfindlichkeit erreicht. Denn Reize durch Mastixlösung,

Digitized by Google

durch mechanisches Streichen, Benzin und ähnliche Mittel rufen bei der von uns beobachteten Kranken noch keine pathologische Reaktion hervor, während anderwärts Kranke beobachtet worden sind, bei denen schon derartige kurzdauernde, inadäquate, ja sogar psychische Reize allein schwerste Hautschädigungen hervorgerufen haben.

Diese bei bestimmten Individuen vorhandene Labilität der gesamten Hautdecke kann an einzelnen Stellen durch vorhergegangene, selbst Jahre zurückliegende, überstandene Schädigungen, wie sie durch Ekzeme, Verletzungen, Narbenbildungen usw. erworben werden, noch in weitgehendem Maße gesteigert werden. Es wird gleichsam ein Locus minoris resistentiae gesetzt. Trifft ein erneuter Reiz einen solchen Bezirk, so wird dieser Reiz daselbst mit einer unverhältnismäßig starken und pathologischen Reaktion beantwortet. Auch in unserem Falle beginnt die hysterische Hautaffektion auf einer Stelle, wo früher bereits ein Ekzem gesessen hat. Die andere Wange, die durch das Leukoplastpflaster von uns bereits einmal artefiziell geschädigt worden war, bietet dem Reiz eines warmen Umschlages keinen Widerstand mehr. In dem von Werther beschriebenen Fall beginnt die hysterische Hautnekrose auf der Grundlage eines Ekzems innerhalb einer älteren Brandnarbe. Cassirer sagt auf Grund seiner umfassenden Betrachtung von Fällen, daß bei jeder neurotischen Gangrän Veränderungen vorhergegangen sind, die geeignet waren, auf die Nerven des betreffenden Gebietes einen lange dauernden Reiz auszuüben und diese Nerven damit in einen gewissen Zustand von Übererregbarkeit zu versetzen.

Dieser dauernde Reiz auf die sensiblen afferenten Bahnen soll nach Kreibich auf dem Reflexwege zentrifugal über die vasomotorischen Fasern zu den schweren Nekrosen führen. Es wird angenommen, daß die Reflexbahn über ein zentral gelegenes, übergeordnetes Reflexzentrum führt, weil bei zahlreichen Fällen symmetrische Stellen stärker für einen erneuten Reiz disponiert sind als andere Hautbezirke. Diese Beobachtung haben wir in unserem Falle nicht gemacht; denn die zum primären Herd an der Wange in keinerlei Beziehung stehende Stelle am Oberschenkel reagierte auf den praktisch gleichen Reiz, der auf die linke Wange einwirkte, mit gleich schweren, ja sogar noch stärkeren pathologischen Veränderungen.

In zweiter Linie kommt in Betracht, die geschilderte Erkrankung als psychogene Dermatose aufzufassen, mit anderen Worten: als funktionell bedingte Ernährungsstörung der Haut. Als solche erleben wir Urticaria, Herpes zoster, Pemphigus und Hautgangrän. Die Übertragung des psychischen Reizes auf die Haut geschieht durch den Sympathikus (Bunnemann und Stern) oder durch besondere trophische Fasern, die zum Teil im Sympathikus laufen (L. R. Müller, Die Lebensnerven).

Literatur.

Kreibich, Angioneurosische Entzündung. Perthes, Wien 1905. — Werther. Hysterische Hautnekrose mit erythematösem und exsudativem Vorstadium. Dermat. Zeitschr. 1911, Bd. 18, H. 4. — Bunnemann, Psychogene Dermatosen. Zeitschr. f. ges. Neurol. u. Psych., 1922, Bd. 78, H. 1. — Stern, Psychogene Dermatosen. Zeitschr. f. ges. Neur. u. Psych. 1922, Bd. 79, S. 218.

Digitized by Google

Aus der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Universität Leipzig
(Direktor: Prof. Dr. Rille).

Die Porrigo amiantacea.

Von

Dr. Oskar Kiess, Assistent.

Mit 17 Abbildungen im Text.

Daß es sich bei der sogenannten Porrigo amiantacea (P. a.) um eine sehr seltene Erkrankung des Haarbodens handelt, wie Ludovici in der Einleitung zur Mitteilung seiner einschlägigen Beobachtung schreibt, ist richtig. Er behauptet aber nach P. G. Unna weiter, daß das Krankheitsbild der P. a. von Alibert erst in seinem zweiten Atlas von 1833 veröffentlicht und dann noch von Mahon jeune ausführlich beschrieben worden sei. Später sei es, nachdem nur noch Hebra und Neumann kurz auf dieses Hautleiden hingewiesen hätten, völlig in Vergessenheit geraten. Damit befindet er sich jedoch im Irrtum. Deshalb sei mir vor Mitteilung und Besprechung unserer hierher gehörenden Beobachtungen ein kurzer historischer Rückblick auf die Literatur über die P. a. gestattet.

Aliberts erste kurze Beschreibung der P. a. findet sich schon in seinem ersten großen Lehrbuch, der „Description des maladies de la peau", Paris 1825, S. 9, und lautet folgendermaßen:

„Teigne amiantacée; Tinea asbestina, Abb. 1.

Ein Kopfausschlag, der niemals Krusten, aber glänzende, silberfarbene Schuppen darbietet, die durch ihr Hartwerden die Haare, und zwar in ihrer ganzen Länge, überziehen, sie zu Bündeln vereinigen, und deren seidenartiger schillernder Anblick eine auffallende Ähnlichkeit mit Asbest hat.

Dieser von mir zuerst beobachtete und beschriebene Kopfausschlag ist sehr leicht wiederzuerkennen; da er sehr selten ist, ist es nicht zu verwundern, daß er den Nachforschungen meiner Vorgänger entgangen ist.

Außerdem kann man annehmen, daß manche Mediziner ihn nach oberflächlicher Beobachtung mit dem kleienförmig schuppenden Kopfausschlag (teigne furfuracée) vermengt haben würden. Für gewöhnlich ist der Vorder- und Mittelkopf befallen; besonders charakteristisch ist er durch sehr dünne, silber- bis bernsteinfarbige Schuppen, die die Haare umgeben und ihnen in ihrer ganzen Länge folgen, nicht unähnlich den dünnen durchscheinenden Spulen um die Federn noch im Nest hockender Vögel, oder noch besser der von den Naturforschern Asbest genannten Substanz. Das sind die tatsächlichen Hauptmerkmale.

Beim Abschneiden der Haare mit der Schere erscheint die Haut gefurcht, ist rot und entzündet, aber weniger als bei den vorher beschriebenen Kopfausschlägen (Teigne faveuse, T. granulée, T. furfuracée). Der Juckreiz ist unbeträchtlich. Da dieser Kopfausschlag fast immer ein trockener ist, so besteht keine merkliche Ausdünstung."

Folgen 4 Beobachtungen an 2 Männern von 23 und 48 und 2 Frauen von 28 und 36 Jahren, von denen ich nur die erste bringen möchte:

23jähr. Mann von zarter Konstitution; Mutter mit einem, dem eben beschriebenen ähnlichen Kopfausschlag behaftet. Von 4 Brüdern der jüngste mit analoger Affektion. Vor 5 Jahren Krätze; von einem Kurpfuscher geheilt, jedoch seither bei jedem Wechsel der Jahreszeit Juckreiz um die großen Gelenke. Seit 15 Monaten von Eifersucht und Liebe gequält. Nach Kopfwaschung mit kaltem Wasser im Winter eines Tages mehrere Knoten auf dem Kopfe in der Scheitelgegend mit zeitweiligem heftigem Juckreiz. Jedesmal beim Aufkratzen Aussickern einer grauweißen Flüssigkeit und Umwandlung derselben beim Eintrocknen an der Luft in schuppige Krusten. Nach deren Entfernung gleiche neue. Rapide Zunahme.

Digitized by Google

Befund: Der Kopfausschlag auf dem oberen Kopfe vom Sinziput bis zur Stirn und in Querrichtung von einer Schläfe bis zur anderen. An verschiedenen Stellen gelbliche, nur schwer abzulösende Krusten; unter ihnen der Haarboden ulzeriert. Auf der ganzen übrigen Ausbreitung des Ausschlages die Haare in ihrer natürlichen Wachstumsrichtung niedergedrückt, vereinigt, sozusagen eines mit dem anderen verklebt, nach Art eines Schieferklumpenstückes. Auf dem Haargrunde wie kleine, mehr oder weniger große, silberweiße, riefenartig voneinander getrennte Schuppen. Nach Entblößung der Haut durch Entferung der Schuppen mehr oder weniger tiefe Furchen. Anhäufung der so vom Haarboden abgelösten Schuppen bietet Anblick von Bergflachs (Asbest) dar; Ähnlichkeit so auffallend, daß die meisten Beschauer getäuscht. Heilung unter einem Gemenge von Schwefel und Wachs nach mehreren Monaten.

In den übrigen drei lautet die Beschreibung des Ausschlages selbst völlig übereinstimmend; bei allen Beginn mit einem nässenden bzw. pustulösen Stadium. Sonst möchte ich aus den einzelnen Krankengeschichten, da von Alibert ätiologisch für wichtig gehalten, nur noch folgendes hervorheben:

Abb. 1.

Aus 2: Melancholische Person; Beginn, nachdem sie lebhaften seelischen Kummer auszuhalten hatte; Schwindel und klopfende Kopfschmerzen.

Aus 3: Gallige Gemütsstimmung; sehr schwächlicher Gesundheitszustand. Subjektiv keine Schmerzen, kein Jucken.

Aus 4: Gemütsstimmung vorherrschend, wie bei 3; bleicher, gelblicher Teint. Lebhafter Kummer infolge schlechter Behandlung durch Mann und Kinder. War sie ruhiger Gemütsstimmung, reichliche feuchte Absonderung, Ablösung der Krusten und scheinbare Heilung. War sie erregt, trockene Schuppen, lebhafte Kopfschmerzen.

In seiner „Clinique de l'hôpital Saint-Louis" bezeichnet Alibert den Ausschlag mit Porrigine amiantacée als einer Unterabteilung der Dermatoses teigneuses. Der Abschnitt lautet gekürzt: „Die P. a. charakterisiert sich für gewöhnlich durch glimmerartige, glänzende, silberfarbige Schuppen oder Häutchen, die die Haare in Bündelchen vereinigen und sie in ihrer ganzen Länge bekleiden."

Folgt Vergleich mit den Federspulen und dem Asbest. „Diese Neigung zur Bildung getrennter, zylindrischer, dieser Krankheit eigener Pakete verleiht ihm sein spezifisches Aussehen, wie die napfförmigen Eindrücke bei den Elementen des Favus."

Der Ausschlag ist sehr leicht erkennbar, aber sehr selten. Hat seit einigen Jahren einschlägige Mitteilungen auch von anderen Ärzten erhalten.

„Schneidet man nahe der befallenen Stelle die von dieser schuppigen Masse überzogenen Haare ab, erscheint die Haut aufgesprungen, wie gefurcht, mehr oder weniger rot, leicht entzündet. Mitunter finden sich kleine flache Pustelchen." Nach Entfernung der Schuppen stets wieder dieselben Effloreszenzen.

Aus seiner dritten Beschreibung schließlich möchte ich nur folgendes anführen: „Die dieser soeben beschriebenen Spezies eigenen Schuppen sind um ein oder mehrere Haare umgerollt." „Das Hautleiden ist meist trocken; im feuchten Stadium wird eine weißlich-rötliche Flüssigkeit abgesondert." „Fast oder völlig geruchlos."

Zeitlich zwischen Aliberts erster und zweiter Publikation liegt eine ganz besonders ausführliche Beschreibung des uns beschäftigenden Krankheitsbildes von Mahon jeune aus dem Jahre 1829 unter der Bezeichung Teigne amiantacée vor (Abb. 2).

„Der asbestartige Kopfgrind offenbart sich durch eine glänzende und silber- oder eher perlmutterartig glänzende Schinne, die den Haarschaft umgibt. Die benachbarten,

Digitized by Google

auf diese Weise bedeckten Haare vereinigen sich für gewöhnlich auf dem Vorderkopf und am Scheitel zu Bündeln und bieten eine geriefte, seidenartig glänzende, schillernde Oberfläche dar, die ihm eine verblüffende Ähnlichkeit mit Bergflachs verleiht." Folgen Versuche, die abnorme Scheidenbildung zu erklären. Führt sie auf ein angeblich entzündliches und von der Bulbuskapsel entstammendes Sekret zurück, das allein oder vermischt mit auch normalerweise vorhandenen Absonderungen durch Eintrocknen die Scheiden bilden soll. Folgende Beispiele werden angeführt:

a) 27jähr. Frau, Mulattin; seit 5 Jahren den Ausschlag, der keinen Farbenunterschied gegenüber der sonstigen Hautfarbe bot;

b) junges schwarzes Mädchen; Farbe des Kopfausschlages gleicht der der Gesichtshaut;

c) 31jähr. Grieche;

d) weitere Frau.

Bei allen wird der Beginn des Hautleidens mit schweren seelischen Erschütterungen in Zusammenhang gebracht.

Bleiben wir vorläufig weiter bei der französischen Literatur, so ist aus ihr das Krankheitsbild der P. a. über Rayer, Gibert, Schedel und Cazenave, Cazenave, Devergie, Duchesne und Duparc bis in die Neuzeit bei Sabouraud, Audry, Barthélemy, Gougerot, Brocq und Darier, um nur die bekanntesten anzuführen, niemals verlorengegangen. Von diesen bringt Gibert nur die kurze Mitteilung, daß Alibert die Porrigine fälschlich zu den Teignes gerechnet habe. Bei Schedel und Cazenave, Cazenave, Duchesne und Duparc finden wir eine kurze, Alibert entlehnte Beschreibung, bei diesem im Kapitel Gourmes parasitaires, bei jenen unter dem Eczema capitis bzw. Eczema squamosum.

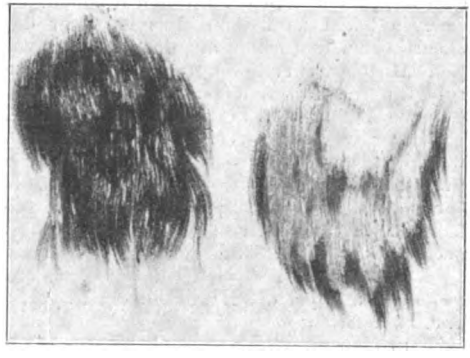


Abb. 2.

Rayer führt die Alibertsche Beschreibung der Haarscheiden, die nach R. Pakete von 5—6 Haaren umschließen können, und den Vergleich mit den Federspulen der jungen Nestvögel im Kapitel Eczema capitis an. Das Hautleiden, von dem bei den Erwachsenen besonders lymphatische und skrofulöse Individuen, im kritischen Alter die Frauen wiederum häufiger als die Männer befallen werden sollen, wird von R. hier als Eczema squamosum et furfuraceum bezeichnet, dem ein Eczema humidum längere Zeit vorausgehen soll. Erst im nächsten, Geschichte des Ekzems betitelten Abschnitt heißt es: „Das Stadium der kleienförmigen Abschilferung beim Ekzem des Gesichts und behaarten Kopfes und der asbestartige Anblick der Epidermis, den diese Krankheit mitunter in ihrem letzten Abschnitt darbietet, sind unter dem Namen Teigne furf. und Teigne amiant. beschrieben worden."

Bei der Pityriasis capitis dagegen soll nur selten, und zwar bei einem höheren Intensitätsgrad von Epidermisabschuppung und bei Absonderung einer serösen, klebrigen Flüssigkeit analog der, die zum Ekzem beiträgt, die Farbe der obersten Schuppenschichten an einigen Stellen die größte Analogie mit Amiant (Teigne amiant. Alibert) haben. In der weiteren Beschreibung sind zwar die Haare als wie vergraben und verloren in den schuppigen Massen, gebündelt, nur schwierig trennbar geschildert, nirgends findet sich hier aber im Gegensatz zum Kapitel Ekzem eine Erwähnung der charakteristischen Haarscheiden.

Von diesen ist auch in dem der Abbildung P. a. in seinem Atlasse beigegebenen Texte keine Rede. Er spricht nur von einer „Abschilferung der Haut des Nackens und des behaarten Kopfes. Die Haare des Hinterkopfes wie eingehüllt in eine sehr dichte Epidermislage, deren Anblick an Asbest erinnert."

Devergie äußert sich wie folgt: „Aus meinen Betrachtungen ergibt sich in der Tat, daß die Haare bei der chronischen Pityriasis des Kopfes stets trocken sind, im Gegensatz zu der Behauptung Rayers gelegentlich der Annäherung der Pityriasis der Erwach-

Digitized by Google

senen an die Teigne amiant. von ALIBERT, was er mit Recht getan hat. ALIBERT selbst hat die T. a. mit dem chronischem Ekzem des behaarten Kopfes vermengt." „Es gibt eine Abart der Pityr. alba capitis, bei der die Schuppenbildung sehr reichlich ist, während sich die Schinnen schlechter ablösen. Diesem Umstande muß man wohl den Anblick zuschreiben, den dann der Kopf, dessen sämtliche Haare ausfallen, darbietet. Er gleicht einer Asbesthaube. Dieses Leiden ist im ersten Lebensalter genügend verbreitet.

Bemerkenswert ist bei D. die Angabe des reichlichen Vorkommens im ersten Kindesalter, von dem bisher nie die Rede war — alle von A. und M. angeführten Fälle betreffen bis auf ein schwarzes Mädchen nur Erwachsene — der Hinweis auf den trockenen Verlauf der P. a. und den völligen Haarausfall.

BAZIN erwähnt die P. a. selbst nicht. Er spricht beim chronischen Ekzem nur von einer asbestartigen Abschilferung, ohne ALIBERT anzuführen.

Von besonderem Interesse ist es, SABOURAUDS Ansicht über die P. a. zu hören: „Die T. a. von ALIBERT ist ein ekzematiformer Prozeß, der klinisch unter einer ersten Phase der gelblich-rotbraunen, unangenehm riechenden Ausschwitzung, und einer zweiten, der Austrocknung, einhergeht. Die eingepaßten Schuppenkrusten, die dann das Haar bedecken, sind lamellös, weich, weißlich und asbestartig. Die Haare liegen dem Kopf an und derartig in die Schuppen einbegriffen, daß beim Aufheben eine mehr oder weniger lange und breite, Fischschuppen ähnliche Schuppe sich mit hochhebt. Dieser Prozeß kann sich zuerst als exsudativer bemerkbar machen. Er entsteht besonders auf dem Scheitel und in der zweiten Kindheit. Sich selbst überlassen, ist er sehr langwierig, dagegen leicht zu heilen. Das ist einer der zahllosen klinischen Typen, die mit den Seborrhoiden und selbst mit der Pityriasis verwechselt werden.

Histologischer Befund: Haare liegen horizontal, eingepaßt, getrennt und zusammengefügt durch Hornschuppen von anscheinend vollendeter Keratose, aber mit nicht zu seltenen Inseln koagulierten Serums, augenscheinlich dort durch Exoserose entstanden. Der Mechanismus zur Bildung der Hornschuppen und der serösen Anhäufungen wird deutlich wiedergegeben durch die der scherenden, auf kleinsporiger Infektion beruhenden Flechte entliehenen Abbildungen. Nur keine Parasiten noch Mikroben; scheinbar aseptischer Vorgang; lehnt Bezeichnungen Seborrhoide, Ekzem, Pityriasis ab. Abheilen nach 6 Wochen unter Teerbehandlung ohne Rückfall, was man weder beim Ekzem noch bei der Pityriasis fände."

AUDRY unterscheidet bei der besonders, aber nicht immer bei Jugendlichen auftretenden und bei der Häufigkeit der Pityriasis als selten zu betrachtenden Porrigo oder T. a. zwei Arten:

a) eine umschriebene,

b) eine diffuse.

„Der behaarte Kopf bedeckt von einer bis zu $^1/_2$ cm dicken Schicht weißer, zerreibbarer, dünner, bröckeliger, mehrweniger adhärenter Schuppen, die die Haarbasis umgeben und für das Haar ein perlmutterartiges Etuis (ALIBERT) bilden. Bulbus normal oder geschwollen; keine Rötung der Haut; häufig kein Jucken; Haar oft sehr schön und dicht. Keine Verwechslung mit Weichselzopf möglich, auch nicht bei umschriebener P. a. Im gleichen Falle, wenn nicht diffus, ist die Hautveränderung auf eine oder mehrere runde Stellen beschränkt, scharf begrenzt, bedeckt mit besonders dichter Schuppenschicht von fettigem Aussehen, gelb, kompakt, beinahe wie eine einzige Kruste aussehend. Beim Abkratzen überzeugt man sich von ihrer Beschaffenheit. Sie ist ähnlich der bei der diffusen Art und stellt an der Basis dieselbe perlmutterartige Hülle dar. Haare in der erkrankten Zone dann dünn gesät. Rest des behaarten Kopfes mehrweniger deutlich mit Pityr. vulg. behaftet. Diese Abart ist der Behandlung schwer zugänglich." „Die P. a. von ALIBERT kann als extremster Entwicklungsgrad der Pityriasis und besonders der mit fettiger Schuppenbildung verlaufenden Pityriasis angesehen werden; ich weiß, daß SABOURAUD anderer Ansicht ist; aber bis zum Gegenbeweis halten wir an dieser Anschauung fest usw."

BARTHÉLEMY ist der Ansicht, daß sie Fällen von trockenem und seborrhoischem Ekzem entspricht und charakterisiert ist durch die Bildung trockener, perlmutterartig glänzender, reichlicher, asbestähnlicher, die Haare umscheidender Schuppen.

Ebenfalls im Kapitel ‚Pityriasis simplex capitis', aber nicht als Anhang bespricht GOUGEROT die ‚Teigne a.' von ALIBERT, deren Wesen noch rätselhaft sei; sie werde mitunter der Pityriasis zugerechnet, obwohl sie nicht auf einer Infektion mit dem Flaschenbazillus beruhe. Die Beziehungen zu den durch Mikroben hervorgerufenen

Digitized by Google

Dermatitiden sei augenscheinlich. Die reichlichen dicken, schichtenförmig gelagerten, trockenen, weißen, asbestartigen, glänzenden Schuppen kleben die Haare zusammen. Beim Aufheben von Haarpaketen reißt man von der dicken Schuppenschicht dünne aufgelagerte Lagen los, die wie die Blätter eines Buches übereinandergeschichtet sind.

An einer anderen Stelle trennt er von dieser echten P. a. eine falsche ab, die mitunter bei seinen Dermoépidermites microbiennes entstehen soll.

3. Série. Formes sèches squameuses.

Bald sind die Schuppen glänzend, fest anhaftend, beim Abkratzen einen asbestartigen Staub veranlassend (forme amiantacée), bis zu dem Grade, daß eine falsche T. a. von Alibert hervorgerufen wird.

In einer Anmerkung hierzu wird weiter ausgeführt: „Häufig wird diese T. a. von Furunkeln des behaarten Kopfes begleitet, von einem aus Impetigoefflorescenzen und an die Haarfollikel gebundenen Furunkeln zusammengesetzten Kopfausschlag, von einer Impetigo vulgaris oder von einer erythemato-squamösen, nässenden, ulzerösen Dermatitis. Anderemale heilt die ‚Épidermite microbienne' ab und einige Tage später erscheint unter der Form eines Rezidivs die T. a.

Welche Schlüsse ergeben sich aus diesen Tatsachen? Wir sind versucht anzunehmen, daß die T. a. von Alibert, deren Ätiologie unbekannt geblieben ist oder noch strittig ist, auf Mikrobeninfektion beruht. Aber auf welchem Keime? Auf den Streptokokkus der Impetigo? Auf dem Streptokokkus der Follikelfurunkel? Auf der Malassezschen Spore? Unserer Ansicht nach beruht sie eher auf einer Mischinfektion." In einer wenig später erschienen Abhandlung nimmt er als Erreger den Streptokokkus, allein oder mit dem Staphylokokkus oder einem anderen Kokkus oder ähnlich vermischt, an und spricht hier nur mehr von einer fausse T. a. Aliberts.

Unter den Parakeratoses psoriasiformes beschreibt Brocq neben trockenen, sehr verbreiteten Formen auf dem behaarten Kopfe auch eine ekzematisierte Form mit einem Gefühl des Juckens und der Spannung. „Der behaarte Kopf rötet sich, schwillt an, sondert mehrweniger reichlich ekzematös ab. Diese Absonderung verdichtet sich, verklebt die Haare, klebt sie dem Haarboden an, bildet beim Abtrocknen mehrweniger dicke, grauweiße, manchmal blendend weiße Schuppenkrusten, die die Haare einschneiden, sie auf den Haarboden festhalten und ihr den besonderen Anblick verleihen, den man mit T. a. bezeichnet hat." Soll selbst auf den Bart- und Schamhaaren vorkommen.

Darier endlich erwähnt nur die P. a. sowohl unter der Pityr. sec. als einer exzessiven Form derselben, als auch differentialdiagnostisch bei der Mikrosporie, die sich durch ihre zerbrechlichen Haare klinisch von dieser Form des trockenen Ekzems unterscheidet, die Alibert T. a. genannt habe.

In der englischen und amerikanischen Literatur, soweit ich sie nachlesen konnte, wird sie nur von ganz wenigen Autoren angeführt. S. Plumbe erblickt in der Tinea amiantacea nur eine stark vernachlässigte Porrigo furfuracea. Es heißt bei ihm: „Die auf Kupfertafel Nr. 4 von diesem Schriftsteller vorgestellte P. a. ist weiter nichts, als ein äußerst vernachlässigter Fall dieser Krankheit, wo man die Haare durch die Sekretionen hat ganz zusammenkleben lassen, und wo sie über die ganze Kopfhaut ein vollkommenes Schild bilden. Dahingegen zeigt der Fall, welcher von der A. furf. vorgestellt, und welcher vielleicht an einer anständigeren Person vorgekommen ist, den Unterschied, welchen Reinlichkeit auf die Beschaffenheit dieser Krankheit hervorzubringen fähig ist."

Bei E. Wilson wird die P. a. unter dem Kapitel Ecz. capitis ausführlicher beschrieben: „Wenn das Haar von Anbeginn genügend kurz ist, um der exzessiven, hier beschriebenen Anhäufung vorzubeugen, bietet es gelegentlich einen seltsamen Anblick dar. Wenn die Krusten auf der Oberfläche der Kopfhaut trocken geworden sind, schrumpfen sie notwendigerweise, und die Schrumpfung geht aus in Zertrümmerung der Krusten in vielflächige, den Kopf bedeckende Bruchstücke oder Teile, welche so vielen kleinen Inseln gleichen. Jede dieser Inseln enthält ihren eigenen Anteil an Haaren, und diese werden bei weiterer Schrumpfung der Bruchstücke zusammengezogen und bilden einen konischen Pinsel. Alle Kopfhaare werden auf diese Weise in konische Pinsel vereint und bieten einen ganz besonderen Anblick dar. Die weitere Entwickelung ist gleich merkwürdig. Die seröse Ausscheidung fließt diese Kegel hinunter und tropft von ihrem äußersten Ende herab. Und wenn die Sekretion anschließend eintrocknet, erscheint der Kegel eingeschlossen in eine dünne glänzende Scheide. Die von dieser Scheide eingeschlossenen Haare haben den Anblick von Asbest." Den Vergleich mit den Spulen um die Federn der jungen Vögel schreibt er Rayer zu.

Digitized by Google

Eine in einer früheren deutschen Übersetzung der ersten Ausgabe seines Lehrbuches enthaltene Bemerkung über die P. a. unter Pityr. capitis: „Wenn sie sehr heftig auftritt, so wird sie oft von einem serösen Ausfluß begleitet, welcher die Haare untereinander verklebt und einen Zustand hervorbringt, welcher in der Form der von ALIBERT sog. T. a. ähnlich ist," ist in den späteren Ausgaben weggelassen worden.

A. DUHRING und R. CROCKER erwähnen die P. a. sc. asbestina nur nebenbei als Synomyma der Seborrhoe. Bei beiden ist aber nur von dicken Krusten und festgeklebten Haaren, nicht von Umscheidungen die Rede.

In den deutschen und österreichischen Lehrbüchern, Atlanten u. ä. ist die Ausbeute über Beschreibungen der P. a. ebenfalls nur eine sehr geringe. Hier verdanken wir die erste Mitteilung BEHREND (Abb. 3). Einmal erklärt er die P. a. als keine Porrigo, sondern als nichts anderes als den Ausgang eines Ekzems der Kopfhaut, und an einer anderen Stelle, auf die er besonders hinweist, heißt es unter Eczema capitis: „Ist der Kopf stark schwitzend, so verkleben sich die kleieartigen Schuppen mit den Haaren und diese bekommen dann ein asbestartiges Aussehen wie infolge eines veralteten Ekzems, so daß also auch hier die T. a. von ALIBERT entstehen kann.

Die nächste Beschreibung stammt von FUCHS, der die Aufstellung des Krankheitsbildes der P. a. RAYER zuschreibt und sie als zweite Varietät in seine Psydracia Tinea einreiht, da R. sie mit Unrecht zum Kleienausschlag rechne. „Die Eruption erfolgt hier rascher und reichlicher, in der Regel fast gleichzeitig über den ganzen behaarten Kopf. Die Bläschen sind zahlreicher, dichter stehend, etwas größer (als bei der P. furfuracea) und ihre Höfe sind, wenn auch blaßrot, doch deutlicher sichtbar. Sie platzen frühzeitig und vergießen eine viel größere Menge heller klebriger Flüssigkeit, so daß die Haare damit ganz benetzt, wie eingeölt werden. Indem die Flüssigkeit gerinnt, kleben die Haare unter sich und mit der Kopfhaut fest, als ob man sie mit Gummi oder Kleister überstrichen hätte. Ihr Überzug, anfangs farblos, wird allmählich weiß und silbergrau. Unter den mit Schuppengrinden verfilzten Haaren dauert inzwischen die Sekretion fort, die Grinde werden dicker und lösen sich auf der Oberfläche mit kleinen Bündeln von 5 bis 6 Haaren, die sie gleich einer Scheide umschließen, ab. Das ganze gewinnt dadurch ein faseriges strahliges Aussehen wie Asbest." Vorkommen hauptsächlich bei Kindern, zuweilen auch bei Erwachsenen; chronischer Verlauf; Abheilung spontan um die Pubertät, jedoch auch noch längeres Bestehenbleiben.

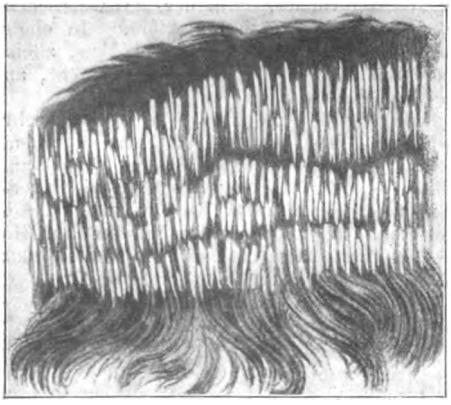


Abb. 3.

F. v. HEBRA bringt in dem über den Schmeerfluß handelnden Abschnitt die kurze Notiz: „ALIBERT dagegen zog die Benennung Tinea und Porrigo vor und unterschied 1. Porrigo furfuracée von einer 2. von ihm zuerst beobachteten und Porr. amiant. genannten Krankheit, welche beide jedoch als Fälle von Seborrh. capitis leicht erkannt werden könnnen."

Nicht viel ausführlicher beschäftigt sich ebenfalls bei Abhandlung der Seborrhoe NEUMANN mit ihr: „Bei einer anderen Form von Seborrhoe, die jedoch mehr bei Erwachsenen vorkommt, sind es mehr röhrenförmige Schuppen, die die Haare büschelförmig umschließen."

H. v. HEBRA führt die Pityr. amiant. nur als Synonym für die Seborrh. crustosa an, und E. VEIEL schreibt: „Ist (bei der Pityr. sicca.) etwas mehr Fett beigemischt, so entsteht auf dem Haarboden ein glänzend weißer Grund (Porr. amiant. ALIBERT).

Die Reihe beschließen UNNA und JADASSOHN. Bei der Beschreibung des histologischen Befundes bei der Keratosis suprafollicularis bringt UNNA nur kurz folgenden Hinweis: „Während die echten Hyperkeratosen des Follikelhalses (z. B. Pityriasis amiantacea) den letzteren beträchtlich und fast immer nach außen in zunehmendem Grade er-

Digitized by Google

weitern, wodurch tütenförmig ineinander geschachtelte Hornschalen entstehen, ist die Erweiterung des Follikelhalses bei dieser Affektion nur mäßig und annähernd zylindrisch." Das Krankheitsbild selbst schildert er in seinem Kapitel Ekzem: „Die asbestartige Pityriasis, bei der ganze Haarscheitel von dicken Hornlamellen verklebt sind, und die röhrenartige Schuppen aufweisende Form, bei welcher jedes einzelne Haar manschettenartig von einem kreideweißen Hornröhrchen des Follikelausganges umfaßt wird, enthalten jene Organismen nicht, und sind daher wohl von der Pityr. maculata zu trennen." Jadassohn endlich erwähnt die röhrenartige Umscheidung nicht. Er spricht von „einzelnen seltenen Fällen mit sehr starker, trockener, silberglänzender Schuppenbildung ohne Entzündungserscheinungen (makroskopisch und mikroskopisch) und ohne bakteriellen Befund."

Stellen wir der ursprünglich so scharf charakterisierten Beschreibung der Porrigine amiant. von Alibert und von Mahon den Publikationen der späteren Beobachter gegenüber, so ergeben sich nicht unwesentliche Abweichungen und Erweiterungen. A. beschrieb ein Krankheitsbild, dessen Hauptmerkmale die röhrenartige Umscheidung der Haare, ein asbestartiger Glanz und nach dem Abschneiden der Haare ein wie geriefter Grund bei Erwachsenen war, mit diffuser Ausbreitung auf dem Vorderkopf und dem Scheitel. Jedoch finden sich schon bei ihm Widersprüche wenigstens insofern, als sie den Beginn des Hautleidens betreffen. In seiner ersten Veröffentlichung heißt es, daß der Ausschlag fast immer trocken sei, während im Gegensatz dazu in den Krankengeschichten immer ein starkes, durch Kratzen verursachtes Nässen, selbst ein vorausgehendes Stadium pustulosum angeführt wird. Den Beginn ebenfalls mit kleinen, flachen Pustein erwähnt auch Mahon.

Ein vorausgehendes Stadium humidum bzw. eine erste Phase der Ausscheidung einer gelblichbraunen Flüssigkeit finden wir bei Rayer, ein zuerst exsudatives Stadium bei Sabouraud und einleitende Rötung, Schwellung und ekzematöse Absonderung bei Brocq. Auch Wilson, Behrend und Fuchs kennen einen Beginn mit Ausschwitzung bzw. Bläschenbildung, während Devergie, Barthélemy und Audry auf die ständige Trockenheit und das stets fehlende Nässen ganz besonders hinweisen. Auch bei Jadassohn fehlen jegliche Entzündungserscheinuugen. Diesen divergierenden Ansichten über den Beginn des Leidens entsprechen dann auch die Bezeichnungen für die auf dem behaarten Kopfe vorhandenen Auflagerungen, die zwischen trockenen und fettigen Schuppen, Schuppenkrusten und Krusten schwanken.

Nach Alibert ist das Hautleiden fast oder stets geruchlos, nach Sabouraud dagegen wird zu Beginn eine unangenehm riechende Flüssigkeit abgesondert.

Die Erwähnung der röhrenförmigen Umscheidungen fehlt völlig bei Devergie und Jadassohn. Rayer und Unna unterscheiden zwei Formen: eine asbestartige Abart der Pityriasis, bei welcher ganze Haarscheitel von dicken Hornlamellen verklebt sind, und eine andere, röhrenartige Schuppen aufweisende, die ersterer als Ekzem, letzterer als eine Hyperkeratose ansieht.

Als einziger unterscheidet Audry eine diffuse von einer umschriebenen Form.

Während noch Alibert und Mahon bis auf ein Negermädchen den Kopfausschlag nur bei Erwachsenen beschrieben haben, Rayer lymphatische und skrofulöse Erwachsene, im kritischen Alter besonders Frauen, und Neumann mehr Erwachsene befallen sein läßt, fanden Fuchs das Leiden bei Kindern und nur zuweilen bei Erwachsenen, Audry besonders, aber nicht immer, bei Jugendlichen, Sabouraud im zweiten, Devergie im ersten Kindesalter. Familiäres Vorkommen verzeichnet nur einmal Alibert, bei der Mutter und einem Bruder seines ersten Patienten.

Über den Haarbestand gehen die Ansichten ebenfalls weit auseinander. Nach Rayer gibt es bei diesem Hautleiden keine Alopezie, bei Devergie fallen sämtliche Haare aus, und bei Audry sind sie oft sehr schön dicht, während sie bei der umschriebenen Form meist dünn gesät seien. Nach Brocq soll sich der Prozeß auch auf die Gegend der Bart- und Schamhaare erstrecken können.

Der Juckreiz kann unbeträchtlich, zeitweilig fehlend, zeitweilig heftig (Alibert) sein; Audry findet, daß häufig kein Juckreiz sei; Brocq beobachtete stets ein Gefühl des Juckens und der Spannung, und Rayers Kranke beklagten sich über Steifigkeit, Spannung, lebhaftes Hitzegefühl und unerträglichen Juckreiz.

Das Leiden gilt bei besonderer Sorgfalt als nicht so schwer heilbar, wobei die Heilung jedoch ihre Zeit erfordere, bis sehr resistent gegenüber jeder Therapie. Nur Fuchs scheint spontane Heilung zur Zeit der Pupertät, neben Bestehenbleiben über diese hinaus, beobachtet zu haben.

Digitized by Google

Über die morphologische Zugehörigkeit gehen die Ansichten weit auseinander. Die älteren Autoren, wie ALIBERT, WILSON, FUCHS, BEHREND, rechnen sie unter den mannigfaltigsten Bezeichnungen, unter denen wir unser jetziges Ekzem verstehen, diesem zu. BARTHÉLEMY versteht unter der P. a. Formen sowohl des trockenen wie auch des seborrhoischen Ekzems, während DARIER das Ekzem ein der P. a. identisches oder ihr ähnliches Krankheitsbild hervorbringen läßt, sie aber auch unter der Pityr. capitis als einer exzessiven Form der Pityr. alba beschreibt, einer Ansicht, die schon vor ihm von DEVERGIE vertreten wurde. RAYER hinwiederum vertritt gerade den umgekehrten DARIERschen Standpunkt. Für die Zugehörigkeit zur Seborrhoe sind weiter: AUDRY, CROCKER, DUHRING, HEBRA, NEUMANN, H. v. HEBRA und VEIEL. SABOURAUD beschäftigt sich mit der P. a. im Kapitel Pityriasis et Alopécies pelliculaires, und erblickt in ihr einen ekzematiformen Prozeß, der aber weder der Seborrhoe noch dem Ekzem, noch der Pityr. zuzurechnen sei. Nach GOUGEROT haben wir es bei der P. a. mit einer Mikrobenmischinfektion und demnach wohl mit einem von der Pityriasis simplex capitis zu trennenden Krankheitsbild zu tun. BROCQ erklärt sie für eine Para-, UNNA für eine Hyperkeratose.

Außer diesen Auszügen haben, wenigstens soweit meine Feststellungen reichen, nur noch zwei Autoren Fälle des uns hier beschäftigenden Krankheitsbildes beschrieben, und zwar GOUGEROT und LUDOVICI. Während sich GOUGEROT auf die kurzen Angaben z. B. „äußerst charakteristische, in großen Herden angeordnete T. a.; die T. a. überwiegt deutlich und ist ganz charakteristisch; der ganze behaarte Kopf ist mit Schuppen bedeckt, die richtige blätterteigartige Krusten der fausse T. a. bilden; hier und da der Anblick der T. a.; eine fausse T. a. bedeckt den ganzen Scheitel", beschränkt, und die T. a. neben für sie charakteristischen, sogar auf nach abgeheilter Mikrosporie unbehaarten Stellen des Kopfes, hier allerdings als weniger dicke, und nicht übereinander geschichtete Schuppenlagen, und in Gestalt dicker, festsitzender, amiantartiger Schuppen auf den linken Oberschenkel um eine Inzision herum beschreibt, hat LUDOVICI seine Beobachtung ausführlich veröffentlicht. Es handelt sich nach ihm um eine 41jähr. Patientin, deren Haarboden bis 1918 trocken und rein gewesen sein soll. Dann plötzlich Jucken, besonders am Hinterkopf, und objektiv ebenda kleine zerkratzte Bläschen. Bald darauf starker Haarausfall, Schuppenbildung und Anlagerung kleiner weißer Röhrchen um die einzelnen Haare.

Befund 1920:

Kopfhaar glanzlos und trocken; desgleichen der Haarboden und mit gelblich-weißen Schuppen in geringem Maße besetzt. Haare fast des ganzen Kopfes von asbestartigem, walzenförmigem, weißem etwa 1 mm langen Hornröhrchen umgeben, die sich in einem Abstande von ungefähr 2 mm vom Haarboden befinden, wo sie dem Haar fest anhaften. Mit größerer Entfernung von der Kopfhaut werden sie seltener und leichter verschieblich, und sind über der halben Länge der Haare keine Schuppen auffindbar.

Befund 1922:

Da seit einiger Zeit kein Nachschub mehr, befinden sich die Hornröhrchen jetzt in ungefähr 10 cm Entfernung vom Haarboden, sind leicht verschieblich und zum Teil schon abgefallen. Auf dem Haarboden zur Zeit nichts Pathologisches.

Wir haben bisher drei hierher gehörige Krankheitsfälle beobachten können, von denen der erste schon im Jahre 1907 zum ersten Male bei uns in Behandlung war und bereits damals seines besonderen klinischen Interesses halber abgebildet wurde. Die beiden anderen sind uns erst in diesem Jahre im Verlaufe weniger Wochen bekannt geworden. Bei allen drei handelt es sich um äußerst charakteristische Beispiele, wenn sie auch den extremsten Anblick, daß die hornigen Scheiden den Haaren in ihrer ganzen Länge folgen (s. ALIBERT), nicht darbieten.

Fall I (Abb. 4), 28jähr. Mann; als Kind Masern und geschwollene Halsdrüsen. Im 21. Lebensjahre beim Militär mit Schuppenbildung einhergehenden Kopfausschlag, der stark juckte und am Hinterkopf näßte. Heilung unter Sublimat und Olivenöl. Seit 6 Monaten wieder stärkere Schuppung auf dem behaarten Kopfe, während seit 4 Jahren sonst nur eine geringe, aber andauernde Schinnenbildung bestanden hatte. Behandelt mit Bay-Rum, bis viermaligen täglichen Seifenwaschungen und weißer Salbe. Familienanamnese o. B.

Befund: Die behaarte Kopfhaut trocken, soweit der Mützenrand reicht wie bestäubt aussehend und mit dichten, gelblich- oder grauweißen Schuppenmassen, welche die Haare hin und wider einscheiden, bedeckt, die ziemlich kurz geschnittenen Haare dadurch in Strähnen oder Büscheln nebeneinander liegend, wodurch Lücken entstehen,

Digitized by Google

in denen man ganz besonders gut die dichten Schuppenmassen erkennt. Unter den Schuppen ein leicht geröteter, nicht nässender Grund. Ausgezogene Haare sind mit einer dicken fast 6—8 mm langen um das Haar gelegten Wurzel, von der an aufwärts sich erstreckenden, durchscheinenden Scheide umgeben. Kein Abbrechen beim Ausziehen, kein Abgebrochensein. Daneben Alopecia areata.

10 Tage nach Entfernung der Schuppenauflagerung unter Hebra- und Wilkinsonsalbe auf Wunsch entlassen.

1917 erneut dicker Krustenbelag, der angeblich mit stärkstem Nässen auf den Ohren und dem Kopfe begann. Auch trotz des dicksten Belages Durchsickern von Flüssigkeit. Nach mehrmonatlicher Behandlung geheilt. 1924 $1^1/_2$ cm hohe neue Krustenauflagerung. Nach 13 Wochen geheilt. Leidender anderswo behandelt.

Jetziger Befund: Haarboden zartrosa, und runzelige Haut sehr trocken und mit dünnen grauweißen, um die Haarfollikel lokalisierte Schüppchen bedeckt. Schwache Behaarung. Keine Spur von Scheidenbildung.

Fall II (Abb. 5, a und b), 21jähr. junger Mann[1]). Im Frühjahr 1923 wurde der Pat. vom Barbier auf eine starke Schuppenbildung am Hinterkopfe aufmerksam gemacht, die nach anfänglich erfolgloser, $1^1/_4$ Jahr dauernder Behandlung mit Salben angeblich geheilt wurde. Wiederbeginn der Krustenbildung $^1/_4$ Jahr später und jetzt seit $^3/_4$ Jahr wieder bestehend. Subjektiv ab und zu leichter Juckreiz.

Abb. 4. Geriefter, strähniger Schuppenbelag und punktförmige, verschiebliche Haarscheiden.

Mittelgroßer junger Mann in gebückter schlaffer Haltung mit schlecht entwickelter Muskulatur. Kopfbehaarung voll, sonstige Behaarung fehlend.

An der Stirnhaargrenze beginnend, auf dem Mittelkopfe, sowohl auf dem Scheitel wie auf den Seitenflächen am stärksten ausgeprägt und nach dem Nacken zu allmählich abnehmend, bieten die Kopfhaare bei entfernter, flüchtiger Betrachtung den Anblick mit Nissen behafteter Haare bei der Pediculosis capitis dar. Bei genauerem Nachsehen findet man jedoch, daß die anhaftenden Gebilde stets nur in der Einzahl an den Haaren enthalten sind, nicht dem Haare fest und seitlich ansitzen, sondern dieses umscheiden, und leicht an ihm verschoben und über die Haarspitze abgestreift werden können. Ihre Färbung ist gelblich, horn- oder bernsteinartig; sie sind glänzend und wie durchscheinend, 3—5 mm lang und bis 1 mm dick. Entsprechend der Einzelstellung der Kopfhaare oder in Gruppen bis zu 5 finden wir sowohl Einzelhaare eingescheidet als auch mehrere von einer anscheinend gemeinsamen Hülle umgeben.

Auf vom Haarboden abgelösten Haaren sitzt die röhrenförmige Scheide an irgendeiner Stelle, meist der unteren Hälfte des Schaftes, seltener in seiner oberen Hälfte oder gar an der Spitze, läßt sich leicht am Haar verschieben und von ihm abstreifen und unterscheidet sich dadurch und durch die völlige Umscheidung der Haare sofort von den fest und nur seitlich dem Haar aufsitzenden Nissen. Bei noch nicht abgelöstem, dem Haarboden in ihrer natürlichen Richtung wie aufgelötet aufliegenden Haar findet sich in dessen Verlauf keine Scheide. Vielmehr finden wir hier nur ein tütenartiges, den untersten Teil des Haares mehrweniger weit umgebendes und scheinbar aus dem Follikel herauswachsendes Gebilde, daß beim Aufrichten des Haares, wozu doch eine gewisse, wenn auch noch so minimale Kraftanstrengung erforderlich ist, ab-

[1]) Anamnese und nicht dermatologisch. Befund s. Assmann: Ein Fall von Hypophysentumor. M. m. W., 1924, Bd. 34, S. 1224.

Digitized by Google

bricht und dann erst die verschiebliche Umscheidung bildet. Ist die aus dem Follikel hervorragende, das Haar einschließende Scheide abgebrochen, restiert ein runder, genau einem Follikel entsprechender, wenig die Haut überragender weißer, feiner Ring. Dieselben Ringe finden wir auch auf den seitlichen noch wenig befallenen Partien der Kopfhaut, auf denen die Hautveränderungen erst im Beginn begriffen zu sein scheinen. Da sie sich hier häufiger ohne jede Scheidenbildung am zugehörigen Haar präsentieren, muß man wohl annehmen, daß sie hier den Beginn der Scheidenbildung anzeigen und nicht wie oben den Rest einer abgebrochenen Scheide darstellen. Dann finden wir noch weiter gerade in diesen Partien den Follikel völlig ausfüllende, bernsteinfarbene, kompakte, komedoartige, hornige, das Hautniveau mehrweniger überragende, auskratzbare Pfröpfe, die von keinem Haare durchbohrt sind. Die Nachbarschaft dieser Ringe und Pfröpfe ist anscheinend völlig normal; erst auf stärkeres Kratzen läßt sich feinste Abschilferung erzielen. Die einzeln umscheideten oder zu Bündeln verklebten Haare bilden keinen kompakten Überzug über das Kapillit, sondern verleihen dem Haarboden ein gerieftes, strähniges Aussehen von gelblichgrauer Farbe. Unter den Auflagerungen ein zart rosa Grund ohne Nässen; anscheinend keine Eindrücke in die unterliegende Haut. Ganz vereinzelt findet sich unterhalb der größeren, einige Millimeter langen, vom Haarboden abgelösten verschieblichen Scheide auch noch 1 oder 2 schmälere ebenfalls verschieblichen Ringe. Haare auffallend trocken und borstig. Die Behandlung bestand zuerst in Verbänden mit 2 bis 10%iger Salizylvasoline, unter denen die Schuppenauflagerungen nur langsam sich ablösten, dann in solchen mit Ungt. sulfurat. Wilkins. Unter Weiterverordnung dieser und 2%iger Salizyldiachylonsalbe wurde dann Pat. gebessert entlassen.

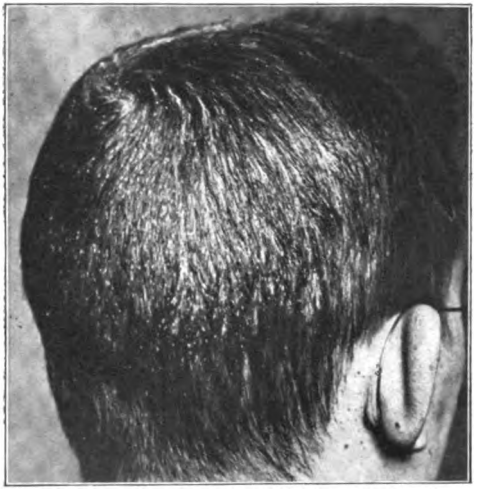


Abb. 5a. Ansicht bei der ersten Untersuchung.

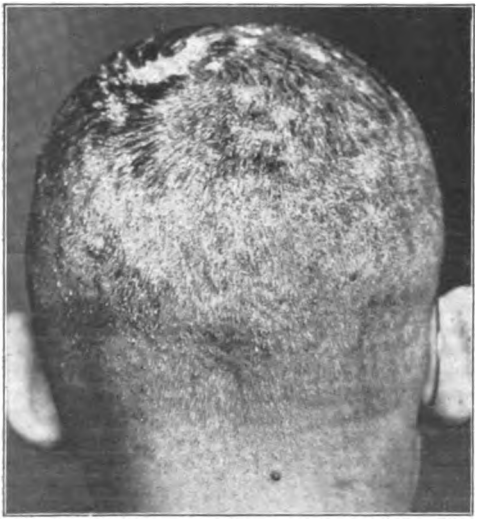


Abb. 5b. Nach Haarschnitt; die rein follikuläre Lokalisation des Prozesses in den Randpartien deutlich.

Acht Wochen nach der Entlassung stellte sich der inzwischen wieder auf die medizinische Abteilung aufgenommene Pat. erneut vor. Die Behandlung war nicht regelmäßig fortgesetzt und zuletzt ganz eingestellt worden. Das Hautleiden war infolgedessen rezidiviert, aber in viel schwächerem Grade als zum ersten Male. Nur auf dem Scheitel die geriefte Schuppenauflagerung mit Haarscheiden. Sonst auf dem behaarten Kopfe eine jetzt deutlichere polygonale, silberglänzende, dünne Schüppchenbildung auch zwischen den Follikeln; aus diesen hervorragend und die Haare umgebend die erwähnten weißen Schuppensäume bzw. pfropfenartigen Horngebilde.

Digitized by Google

Dieselbe Therapie.

Bei der Entlassung noch vereinzelte hornige Pfröpfe und dünne Abschilferungen. Weiterbehandlung mit 5%iger Schwefel-1%iger Salizylvaseline.

Letzte Vorstellung Anfang Dezember d. J.

Keine Scheiden, Schuppensäume oder Pfröpfe. Dafür aber eine abundante, trockene, silberfarbige, kleienförmige Abschilferung. Haar und Haarboden trocken, sonst o. B.

Eine letzte briefliche Mitteilung von März 1925 besagt, daß „der Kopf jetzt bis auf ein paar Stellen fast ganz frei von Schuppen ist, überall wieder Haare gewachsen sind und Scheiden um die Haare sich nicht wieder gebildet haben“ [1]).

Fall III. 32jähr. Frau (Abb. 6); früher stets gesund; 1919 nach Grippe Haarausfall, der von selbst aufhörte, im selben Jahre aber nach dem ersten und bisher einzigen Wochenbett rezidivierte und seither unvermindert anhielt. Erst ab Oktober-November 1923 angeblich auch Schuppenbildung. Ständig in erfolgloser Behandlung. Keine subjektiven Beschwerden. Der Arzt wurde von ihr immer wieder aufgesucht, um das lästige Hautleiden, daß in ihrem Bekanntenkreise als durch Kopfläuse verursacht angesehen wurde, zu beseitigen.

Abb. 6. Spärliche Scheiden; meist lose auf den Haaren verschieblich.

Befund: Mittelgroße, kräftige, blühend aussehende, anscheinend völlig gesunde Frau.

Auf dem behaarten Kopfe außer einer von der Stirn bis kurz hinter den Scheitel reichenden, auf den Seitenflächen des Kopfes etwas geringer ausgebildeten, durch diffusen Haarausfall hervorgerufenen, äußerst schütteren Behaarung dem ersten Falle völlig gleichender, auch auf dem Mittelkopfe am stärksten ausgeprägter Befund. Schuppenauflagerung weniger dicht und dick; Haarhüllen weniger zahlreich. Haare und Haarboden sehr trocken; keine Spur einer Rötung, keine Schwellung; Haut etwas runzelig; Farbe silberweiß glänzend; Schuppung graugelb und nur um die Follikel.

Histologischer Befund (Abb. 7). Durch Eindringen von Blut bei der Exzision in die hornigen Auflagerungen haben die Schnitte an Übersicht zwar eingebüßt, doch lassen sich die wichtigsten Veränderungen noch mit Sicherheit feststellen. Am auffallendsten ist sofort die übermäßige, nach oben trichterförmig sich öffnende Erweiterung der Follikel, deren unteres Ende scheinbar mitunter noch unter die Talgdrüseneinmündungsstelle herabgeht. Sie sind angefüllt mit einer dichten Masse konzentrisch um das Haar angeordneter, tütenförmig ineinandergeschachtelter, völlig verhornter Epithelzellagen, die das dem Haarboden noch aufliegende Haar eine Strecke weit über die Follikelöffnung begleiten. Sind, wie in unseren Schnitten, alle Follikel von diesen hyperkeratotischen Massen angefüllt, dann sind die zwischen ihnen liegenden Hautpartien stark zusammengedrängt und weit nach oben und spitz zulaufend ausgezogen. Zeigen die das Haar umscheiden-

[1]) Anmerkung: Anläßlich der Demonstration unseres zweiten Falles auf der Chemnitzer Mitteldeutschen Dermatologentagung äußerte Pinkus, daß ihm Fälle dieser Art aus der Kriegszeit bekannt seien und betonte ihre Zusammengehörigkeit mit Keratosis follicularis bei Kriegshautentzündungen und Kriegsmelanose an Gesicht und Hals.

Die Umscheidungen spricht er als eine so verstärkte und konfluierte Keratose der Haarfollikel an, daß nicht nur für das einzelne Haar, sondern für ganze Haargruppen eine gemeinsame Scheide gebildet wird.

Digitized by Google

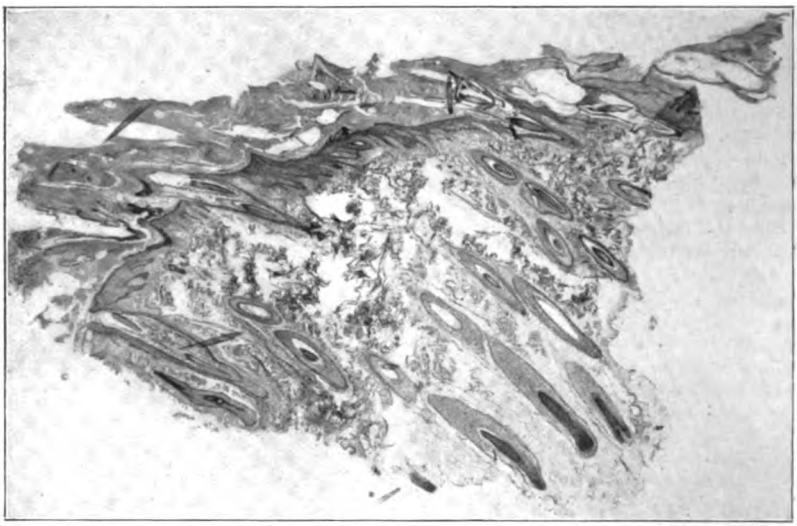


Abb. 7. Schnitt aus einem exzidierten Stück vom Scheitel.

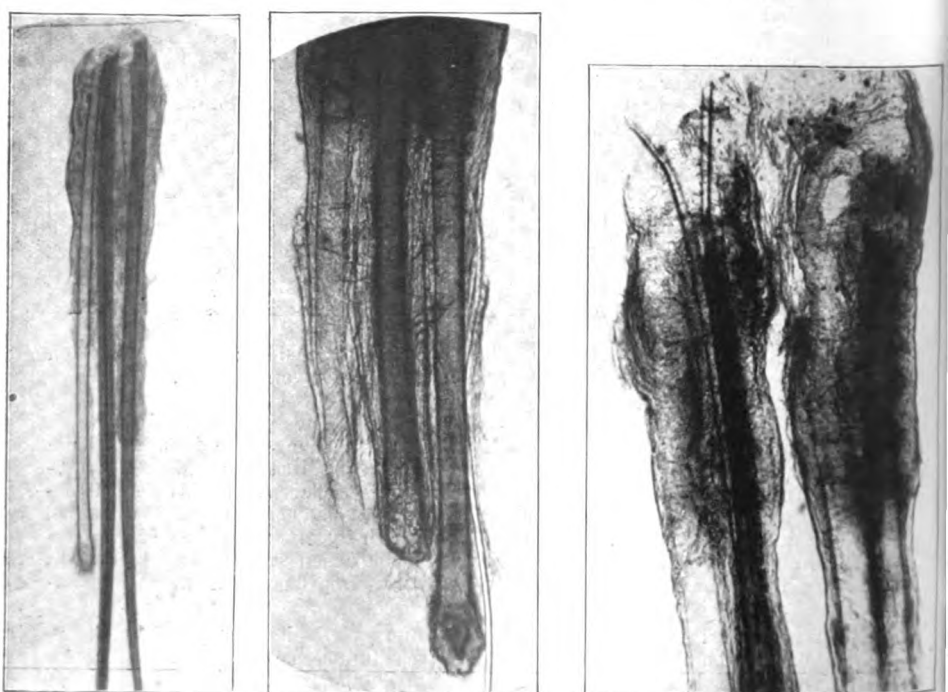


Abb. 8a, b, c. Eingescheidete, ausgerupfte Haare; jedes Haar mit selbständigem Follikelanteil. Verschmelzung erst auf bzw. über dem Haarboden zu einer gemeinschaftlichen Scheide.

Digitized by Google

den und den Follikel ausfüllenden Hornschalen nur ganz vereinzelt noch parakeratotische Einsprengungen, so sind diese in den spitz ausgezogenen Zwischenstücken stets zu finden und bis weit nach oben zu verfolgen. Die Hornschicht sonst ist nicht oder nur mäßig in der direkten Nachbarschaft der Follikel verdickt und weist auch hier stellenweise parakeratotische Schuppen auf.

Im Bereiche der Follikelyperkeratose und wohl auf Grund des von ihr seitlich sich auswirkenden Drucks ist das Strat. spinosum bis auf nur 2—3 Zellagen verschmälert. Die interpapillären Epithelzapfen verlängert und meist spitz zulaufend. Reichlich Pigmentzellen im Stratum subpapillare.

Die elastischen Fasern in der inter- und subpapillären Schicht etwas rarefiziert. In der Kutis ist die Schweißdrüsenanlage normal. Die Talgdrüsen sind dagegen sowohl an

Abb. 8d. Spiralig aufgerolltes, schwächeres Haar außerhalb des eigentlichen Haarkanals in der gemeinschaftlichen Scheide. Weitere drei leere Haarkanäle.

Abb. 8e. Komedoartiger, horniger ausgekratzter Pfropf mit verschieden dicken, völlig eingeschlossenen Haaren.

Zahl wie an Größe der Einzeldrüse verringert (s. Ludovici). Rundzelleninfiltration in der Pars reticularis und besonders entlang der Haaranlage. Desgleichen reichlich Mastzellen.

In den Schnitten fehlen meist die Haare in den Follikeln. Wo sie jedoch vorhanden sind, besteht zwischen ihnen und den Haarscheiden ein deutlicher Zwischenraum, wohl zurückzuführen auf einen auf den Follikel stattfindenden Druck, der von den im Follikeltrichter eingelagerten Pfröpfen ausgeübt wird. Ihr Fehlen ist demnach wohl nicht allein als Kunstprodukt anzusehen, sondern auf diese Lockerung zurückzuführen. Flaschenbazillen waren weder in den Schnitten noch in den Scheiden aufzufinden. Dagegen gelang der Nachweis des Kokkus polymorphis cutis in den Follikeltrichtern. Auch in den nach der Entlassung noch vom Pat. eingeschickten Schuppen nach Beseitigung der Haarscheiden waren diese Kokken reichlichst nachzuweisen.

Digitized by Google

Mikroskopische Untersuchung der Haarscheiden nach Aufhellen in Glyzerin-Kalilauge (Abb. 8, a bis e). Einzelscheiden sind stets in der Mitte in ganzer Länge von einem Haar durchbohrt oder zeigen abgestreift einen für das Haar bestimmten zentralen Kanal. Häufig finden sich daneben noch regellos aufgerollte oder nur kurze, noch den völlig umscheideten Haarbalg aufweisende atrophische Haare in die hornige homogene Masse miteingeschlossen. Was ihre Form anbetrifft, so gleicht ihr oberer Teil mehr einem Zylinder oder einer Walze, und nur der untere, im Follikel sitzende, konische Anteil einer Tüte. Kommen mehrere Haare enthaltende Scheiden zur Beobachtung, so läßt sich an diesen erkennen, daß um jedes Einzelhaar eine besondere konzentrische homogene Masse vorhanden ist, zwischen der sich anscheinend eine aus einer sehr ähnlichen Substanz bestehende, aber längsgeordnete, etwas streifige Masse eingelagert findet. Mit diesem und dem obigen histologischen Befund der Parakeratose erklärt es sich, daß sich solche mehrere Haare enthaltende Scheiden bei gelindem trennenden Zug leicht in die das einzelne Haar umschließenden Einzelscheiden zerlegen lassen. Auf der Unterseite eines solchen mehrweniger zylindrischen Oberstückes erkennen wir bis zu vier voneinander deutlich getrennte konische, zipfelförmige Fortsätze, wiederum die Follikelanteile, so daß bei der Betrachtung der Vergleich mit einem Molarzahn sich aufdrängt. Es wird demnach nicht, wie Pinkus annimmt, eine für ganze Haargruppen gemeinsame Scheide gebildet.

Die Hauptveränderungen, die sich in den Schnitten feststellen lassen, sind neben einer mäßigen Parakeratose eine Hyperkeratose, die besonders stark in dem Haarfollikel sich bemerkbar macht und tief in diesen hineinreicht, stellenweise eine geringe Verschmälerung des Strat. spinosum, eine Lockerung des Haarschaftes im Follikel bis fast zum Bulbus herabreichend, und eine Verringerung der Talgdrüsen an Zahl und Größe der Einzeldrüse.

Histologische Untersuchungen liegen zu wenige und zu wenig ausführliche vor, als daß sich lohnende Vergleiche anstellen ließen. Aufmerksam machen muß ich nur auf den von Sabouraud mitgeteilten Befund von „Hornzellen von anscheinend vollendeter Keratose, aber mit nicht zu seltenen Inseln koagulierten Serums", welch letztere in unseren Präparaten sicher nicht zu konstatieren sind. Unna zählt die P. a. zu den echten Hyperkeratosen wegen des beträchtlich und fast immer nach außen in zunehmendem Grade erweiterten Follikelhalses mit den tütenförmigen hineingeschachtelten Hornschalen.

Auch auf den bakteriellen Befund muß noch einmal ganz besonders hingewiesen werden, da er von den Autoren, die daraufhin untersucht haben (Sabouraud, Jadassohn, Gougerot), in ihren Fällen nicht erhoben werden konnte.

Die Feststellung der verschieblichen wie durchsichtigen und wachsartig glänzenden Haarscheiden allein genügt, um mit völliger Sicherheit in unseren Fällen die Alibertsche Porrigo amiantacea wiedererkennen zu können, zu der noch der geriefte, strähnige, gelblich-grauweiße Schuppenbelag des Kapillitiums und die auffallende Trockenheit der Haare hinzukommt. Zwei Umstände sind es jedoch hauptsächlich, die von der ursprünglichen Beschreibung des Krankheitsbildes abweichen. Es sind dies das bei Alibert vorhandene, aber nur in den Krankenberichten, nicht in der ursprünglichen Beschreibung des Krankheitsbildes erwähnte, bei uns jedoch bis auf Fall I fehlende Nässen, sowie der Befund unter den Schuppen, den wir bei uns als zartrosa und trocken, bei Alibert als gerötet, leicht entzündet, mit kleinen Pusteln besetzt bis ulzeriert beschrieben finden. Wie dieser Widerspruch, der sich auch durch die ganze spätere Literatur hindurchzieht, vielleicht zu erklären ist, darauf soll weiter unten eingegangen werden.

Digitized by Google

Die Krankheit befällt, wenigstens nach unseren Betrachtungen, die mit denen von Ludovici und Alibert übereinstimmen, hauptsächlich Erwachsene, Männer wie Frauen ungefähr gleich, und zwar besonders Ende des zweiten und im dritten Jahrzehnt.

So charakteristisch das Krankheitsbild der P. a. an sich auch ist, daß es allerhöchstens und auch nur bei oberflächlichster Betrachtung mit einer Pediculosis capitis verwechselt werden könnte, so findet sich gelegentlich auch bei anderen Dermatosen, wenn der behaarte Kopf mit beteiligt ist, eine Einscheidung der Haare, die hier erwähnt werden muß. Abb. 9 (Sammlung Rille) stellt den behaarten Kopf bei Lichen ruber acuminatus dar. Hier war das Kapillitium mit einer dicken Schicht hellweißer, kleiner kleiiger Schuppen bedeckt, die ziemlich fest hafteten, vielfach die Haare umscheideten, und unter denen die Haut trocken und rauh zutage trat. Kein Haarausfall [1]).

Abb. 9. Haarscheide bei Lichen ruber acum. (Sammlung Rille.)

Abb. 10 (Sammlung Rille) zeigt dieselbe Lokalisation bei der Psoriasis vulgaris. In diesem Falle fanden sich aber neben grauweißen dünnen Hüllen um die Haare, die diese in ihrer natürlichen Wachstumsrichtung zwar ebenfalls nicht beeinflussen, sie aber auch nicht auf den Haarboden niederdrückten, noch federkieldicke, mörtelartige, kompakte Umschließungen, die die Haare zu Büscheln vereinigten und sie pinselartig vom Haarboden abstehen ließen. Rircke schildert einen ähnlichen Befund: Schuppen umscheiden nicht selten eine Strecke weit den Haarschaft, und abgelöste Schuppenpartikelchen sitzen vielfach locker an den Haarschäften, von Aussehen den festhaftenden Nissen der Kopfläuse zum Verwechseln ähnlich.

Abb. 10. Haarscheide bei Psoriasis vulgaris. (Sammlung Rille.)

[1]) Die Rückenhaut desselben Kranken findet sich in Fig. 10 von Rilles Lehrbuch der Hautkrankheiten (Jena 1902), S. 67 abgebildet.

Digitized by Google

Eine Manschettenbildung um die Kopf- und Barthaare beschreibt endlich auch Unna bei seiner Parakeratosis scutularis (Abb. 11): bei näherer Betrachtung zeigen die einzelnen Haare zollange und längere, gelbweiße, wachsartige Hornmanschetten, deren Gesamtheit zu diesen, dem Kopf dicht anliegenden Borken verschmilzt. In dem sehr vollen Barte der Unterkinngegend nimmt man stellenweise Rötung mit Bildung feiner Schüppchen und weiße Hornmanschetten um die Haare wahr.

Nicht unerwähnt möchte ich auch die Mikrosporie lassen, bei der wir ebenfalls eine 3—5 mm hohe, aber mattweiße Scheide um die Kopfhaare haben.

Durch die Mitbeteiligung des übrigen Körpers und die auf ihm enthaltenen, für die einzelnen Hautkrankheiten charakteristischen Effloreszenzen wird sich bei genauer Unterscheidung jedesmal die richtige Entscheidung treffen lassen. Was speziell die Lokalisation auf dem behaarten Kopfe betrifft, so haben wir beim L. r. acuminatus den trockenen, rauhen, bei der Psoriasis vulgaris den hyperämischen, kapillär blutenden Untergrund unter den Schuppen. Für die Parakeratosis scutularis sind charakteristisch die gelbbräunlichen bis lividrötlichen Flecken auf dem Stamme mit der erst gelbroten, dann kreideweiß aussehenden, buckligen, auf der Unterfläche hohlen und mit einer großen Menge regelmäßig gestellter, dornartigen nach der Mitte an Größe zunehmender Hornkegel besetzten Schildern, und bei der Mikrosporie sind es die leicht zerbrechlichen und meist auch in wenig Millimeter Höhe über der Kopfhaut abgebrochenen Haare neben dem Pilzbefund, die vor einem Irrtum bewahren müssen.

Abb. 11. Haarscheide bei Parakeratosis scutularis.

Häufiger trifft man ein Krankheitsbild auf dem behaarten Kopfe an, bei dem entweder das ganze Kapillitium oder nur ein oder mehrere drei- bis fünfmarkstückgroße Herde mit einer kompakten, also nicht gerieften, dicken, festhaftenden, grau- bis bräunlichweißen, trockenen, wie bröckligen Schuppenschicht bedeckt sind. Die Haare liegen auch hier, wenn auch nur wenig dem Haarboden auf, verlaufen mehr schräg durch die Schuppenschicht, sind regellos gekreuzt in die Schuppenmassen eingeschlossen, also nicht parallel zueinander, makroskopisch fehlen die Haarscheiden völlig. An den Randpartien findet sich meist, ebenso wie auf dem übrigen Kopfe, kleienförmige, silbergraue Abschilferung, die sich unschwer vom Haar abheben läßt. Mikroskopisch wird es noch deutlicher, daß hier keine Scheidenbildung, die sich mit den Federspulen noch nicht flügger Vögel vergleichen ließe, vorliegt, sondern daß die Schuppen-

Digitized by Google

lamelle nur dem Haare aufliegt, bzw. es oben und seitlich in dickerer Schicht, auf der unteren Seite dagegen gar nicht, oder nur mit einigen feinen, dünnen Schüppchen umgibt. Bei diesen Fällen exzessiver Pityriasis habe ich häufig, doch nicht regelmäßig, Flaschenbazillen in ihren verschiedenen Formen nachweisen können. Obwohl dieses Krankheitsbild nur eine gewisse Ähnlichkeit mit der P. a. besitzt, so möchte ich doch annehmen, daß von den als P. a. beschriebenen oder aufgefaßten Fällen der Autoren eine ganze Anzahl hierher gehört.

Einer weiteren Mitteilung aus der Literatur muß ich hier endlich noch Erwähnung tun, nämlich der von Kebl über die Riehlsche Melanose. Unter seinen 16 Fällen, darunter 13 weibliche, waren nicht weniger als 9 Frauen, die neben der Melanose und einer auch anderweitig lokalisierten follikulären Hyperkeratose auch eine solche des behaarten Kopfes aufwiesen. „In verschiedener Distanz von der Kopfschwarte finden sich weiße, längsovale Gebilde, die auf Beklopfen vom Haar nicht abzuschütteln sind, und die, wie nähere Betrachtung ergibt, zirkulär um das Haar angeordnet sind. Die Größe schwankt zwischen 1—2 mm Länge. Unter Lupenvergrößerung erkennt man deutlich, daß die Gebilde, die bei flüchtiger Betrachtung leicht mit Nissen von Kopfläusen verwechselt werden können, sich aus konzentrisch um das Haar angeordneten Hornlamellen aufbauen.“ Vergleichen wir dabei noch die beigegebenen Abbildungen (Abb. 12), so finden wir eine Haarscheidenbildung, die sich in keiner Weise von der bei der P. a. Alibert vorhandenen unterscheidet.

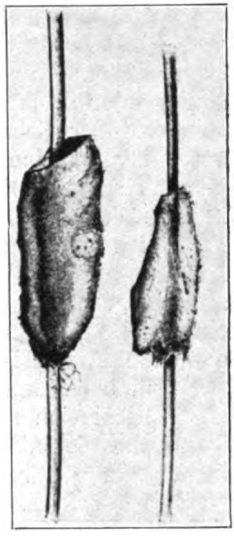


Abb. 12. Haarscheide bei Melanosis Riehl.

Viermal wird Beginn mit starkem Jucken, besonders auf dem behaarten Kopfe, angegeben. Die Kopfhaut selbst war meist leicht gerötet und mit kleinlamellöser, festhaftender, weißlicher bis gelblichweißer Schuppung bedeckt. Je nach der Stärke und Ausbreitung der Abschilferung fand sich auch die Scheidenbildung um mehr weniger zahlreiche Haare vor, die besonders dicht an den Schläfen und hinter den Ohren war. Hinterkopf und Nacken waren stets frei.

Der Verlauf war ein äußerst gutartiger. Bei den nach $^1/_2$ bis 2 Jahren stattfindenden Nachuntersuchungen waren unter Salben- und Spiritusbehandlung, die aber von den betroffenen Personen nicht einmal regelmäßig und wenig energisch angewandt worden zu sein scheint, das Capillit. abgeblaßt, und die Schuppen und Scheiden restlos oder bis auf vereinzelte Scheiden verschwunden. Einmal restierte eine leichte Rötung des Kapillitiums, ein anderes Mal waren an der Stelle der vorher dichten kleienförmigen, fettige Schuppen wie bei bestehender Seborrhoe getreten. Die gesamten hyperkeratotischen Veränderungen gingen stets noch vor dem völligen Schwinden der Pigmentierung restlos zurück, die auf dem Kapillitium wiederum zuerst. Haarausfall wurde ebenfalls nur einmal festgestellt.

Digitized by Google

Bei Besprechung der Differentialdiagnose wird von KERL hauptsächlich auf die gegenüber der Melanose eingegangen; was die Differentialdiagnose gegenüber der follikulären Hyperkeratose des Kapillitiums anbetrifft, wird die P. a. ALIBERT nicht erwähnt.

Und doch scheinen mir gerade diese Befunde sowie die von GOUGEROT für die Klärung des ganzen Krankheitsbildes dieser Dermatose von großer Bedeutung zu sein.

Nach den verschiedenen Mitteilungen der Autoren, insbesondere auf Grund der neueren Beobachtungen von LUDOVICI und uns (Fall II u. III), muß man wohl unbedingt ein selbständiges Krankheitsbild anerkennen, das ohne vorherige Anzeichen auf der anscheinend völlig intakten Kopfhaut allein in der charakteristischen Umscheidung der Haare, dem gerieften, strähnigen, gelblichweißen Schuppenbelag auf völlig trockenem, und leicht gerötetem Grunde sich äußert, die eigentliche Porrigo amiantacea. Dann kann aber sicher auch auf sonst normaler Kopfhaut ein akutes oder seborrhoisches Ekzem, oder bei schon bestehender Pityriasis simplex oder Seborrhoe ein hinzutretendes sekundäres Ekzem die Veranlassung zu einem der P. a. identischen Krankheitsbild geben, wie es ja auch schon GOUGEROT im Verlaufe oder selbst erst nach völligem Abklingen der Dermoépidermites microbiennes geschildert hat. Damit erklärt sich auch meiner Ansicht nach der differierende Standpunkt der Autoren betreffs des Beginnes der P. a. auf völlig trockenem Boden oder aus einem entzündlichen, nässenden Vorstadium heraus. Auch der von einigen Beobachtern angegebene Haarausfall würde so, d. h. durch begleitende Pityriasis u. ä., verständlich werden. Man wird also bei jedem auf dem behaarten Kopfe lokalisierten, hyperkeratotischen und besonders am Follikel sich abspielenden Hautleiden unter Umständen ein der P. a. identisches Krankheitsbild sich entwickeln sehen können, ja vielleicht kann man sogar die gelegentliche Scheidenbildung bei der Psor. vulgaris, beim L. a. acuminat. als einen analogen, nur entsprechend modifizierten Prozeß ansehen. Zweifellos muß es sich bei der Entwicklung der Hyperkeratose um speziell den Follikel treffende Reizmomente handeln. Nicht ersichtlich ist zur Zeit noch, warum sie sich gerade am Follikel, und zwar hauptsächlich an denen der Kopfhaut, auswirken. Dagegen können wir uns über die Art dieser Reize vielleicht schon ein Bild machen, wenngleich wir hierbei über Vermutungen noch nicht hinauskommen. So glaube ich dem Vorausgegangenen entnehmen zu können, daß z. B. bei Fall II und III von uns evtl. endokrine Störungen (II, Hypophysentumor, III, nach der Gravidität) die P. a. haben auslösen können. Mit größerer Sicherheit würde man diese Störung allerdings bei II annehmen können, wenn die P. a. unter den Röntgenbestrahlungen der Hypophyse allein, ohne weitere Therapie, zur Abheilung gekommen wäre. Andererseits wird man wohl auch, in Anlehnung an die Ätiologie der RIEHLschen Melanose eine alimentäre Ursache bzw. toxische Substanzen überhaupt anführen, weiterhin mechanische Reize und damit im weiteren Sinne auch Seborrhoe, Ekzem und ähnliches mehr verantwortlich machen, und schließlich auch mit GOUGEROT eine Streptokokken- bzw. Mischinfektion als erregende Ursache annehmen können, wenngleich wir unserem Kokkenbefund, der ja häufiger auf anscheinend normaler oder krankhaft veränderter

Digitized by Google

Haut bzw. Kopfhaut angetroffen wird, keine ausschlaggebende Bedeutung beilegen möchten.

Besonders bei den französischen Autoren besteht die Neigung auf Grund des mikroskopischen wie makroskopischen Befundes das als Pityriasis amiantacea bezeichnete Krankheitsbild, als nicht zur Pityriasis gehörig, aus dieser Gruppe herauszunehmen. Schon Unna hat die P. a. als eine Hyperkeratose angesehen. Unsere Befunde bestätigen diese Annahme. Deshalb würde eine Änderung der Bezeichnung evtl. in

Keratosis follicularis amiantacea,

der letztere Zusatz zur Unterscheidung und Erinnerung an den Autor Alibert, angebracht sein und dem Krankheitsbild besser entsprechen. Therapeutisch ist die P. a. in ihren beiden Formen verhältnismäßig leicht zu beeinflussen und sicher auch der spontanen Heilung fähig [1]).

Literatur.

1. Ludovici, D. W., 1922, Bd. 74, S. 153 ff. — 2. Alibert, Description des maladies de la peau. Paris 1825, S. 9. — 3. Alibert, Clinique de l'hopital Saint-Louis ou Traité complet des maladies de la peau. Paris 1833, S. 133, Planche 15. — 4. Alibert, Monographie des dermatoses ou précis théorique et pratique des maladies de la peau. Paris 1835, II. Ed. Tome I, S. 458. — 5. Mahon jeune, Recherches sur le siège et la nature des teignes. Paris 1829, S. 145 ff. — 6. Rayer, Traité théorique et pratique des maladies de la peau. Paris 1835, II. Ed., Tome II, S. 164 u. Tome III, S. 412; III. Ed., Bruxelles 1836, S. 126, 133, 270. — 7. Rayer, Maladies de la peau. Atlas. Planche XI, Fig. 11. — 8. Gibert, Traité pratique des maladies spéciales de la peau. Paris 1840, II. Ed., S. 237. — 9. Schedel u. Cazenave, Abrégé pratique des maladies de la peau. Paris 1847, IV. Ed., S. 253 ff. — 10. Cazenave, Traité des maladies du cuir chevelu. Paris 1850, S. 114. — 11. Devergie, Traité pratique des maladies de la peau. Paris 1857, II. Ed., S. 436 ff. — 12. Bazin, Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule. Paris 1861, II. Ed., S. 172. — 13. Duchesne-Duparc, Traité pratique des dermatoses. Paris 1872, II. Ed., S. 150. — 14. Hillairet, Gaucher, Traité théorique et pratique des maladies de la peau. 1885, Bd. 1, S. 622. — 15. Sabouraud, Pityriasis et Alopécies pelliculaires. Paris 1904, S. 622 ff. — 16. Barthélemy, La Pratique dermatologique. Tome IV, S. 446. — 17. Audry, ebenda, S. 301. — 18. Gougerot, Revue de médecine, 1916, S. 342 ff., 461 ff. — 19. Gougerot, La „teigne amiantacée" d'Alibert et les infections microbiennes du cuir chevelu. Le progrès médical, Paris 1917, Nr. 13, S. 101—102. — 20. Gougerot, La dermatologie en clientèle. Paris 1919, S. 368 u. 772. — 21. Gougerot, Bullet. d. l. Société franç. d. derm. A. d. syphil., 1919, S. 152 ff. — 22. Brocq, Précis-Atlas de pratique dermatologique. Paris 1921, S. 906. — 23. Plumbe, Samuel, Praktische Abhandlung über die Hautkrankheiten. Aus dem Englischen übersetzt. Weimar 1825. — 24. Darier, Précis de dermatologie. Paris 1923, S. 230 u. 517. — 25. Wilson, Diseases of the Skin. London 1857, IV. Ed., S. 182 ff. — 26. Wilson, Die Krankheiten der Haut. Leipzig 1850, S. 380. — 27. Duhring, Traité pratique des maladies de la peau. Paris 1883, S. 103. — 28. Crocker, Diseases of the skin. London 1893, II. Ed., S. 689. — 29. Behrend, Ikonographische Darstellung der nicht syphilitischsn Hautkrankheiten. Leipzig 1839, S. 45 u. 57, Tafel II, Fig. 9. — 30. Fuchs, Die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhänge. Göttingen 1840, S. 202 ff. — 31. Hebra, Lehrbuch der Hautkrankheiten. Erlangen 1879, Bd. 1, S. 84. — 32. Neumann, Lehrbuch der Hautkrankheiten. Wien 1876, S. 91. — 33. H. v. Hebra, Die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhangsgebilde. Braunschweig 1884, S. 412. — 34. Veiel, E., In Ziemssen: Handbuch der Hautkrankheiten.

[1]) Eine Abhandlung von M. Friedmann: „Über die sogenannte Albertsche Tinea amiantacea", im Arch. f. Derm., 1925, Bd. 149, S. 176 ff., konnte nicht mehr berücksichtigt werden, da sie mir erst nach Drucklegung meiner Arbeit bekannt wurde. Sie ändert auch nichts an meinen Ausführungen.

Digitized by Google

Leipzig 1884, 2. Hälfte, S. 206. — 35. Unna, Die Histopathologie der Hautkrankheiten. Berlin 1894, S. 293. — 36. Unna in Mračeк: Handbuch der Hautkrankheiten. Wien 1895, Bd. 2, S. 176 u. 350. — 37. Unna, Internat. Atlas seltener Hautkrankheiten, 1891, Bd. 3, S. 1. — 38. Darier, Zwick u. Jadassohn, Grundriß der Dermatologie. Berlin 1913, S. 141. — 39. Riecke, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, 5. Aufl., 1920, S. 141—142. — 40. Kriester, Dissertat. (Klinik Rille), Leipzig 1919. — 41. Kerl, Über die Melanose (Riehl). Arch. f. Derm., 1921, Bd. 130, S. 436. — 42. Pinkus, D. W., 1924, Bd. 42, S. 1319.

Aus dem Laboratorium für angewandte Chemie und Pharmazie (Direktor: Geh.-Rat Paal) und aus der Dermatologischen Klinik der Universität Leipzig (Direktor: Prof. Dr. Rille).

Beiträge zur Kenntnis des Bruchkrautes (Herba Herniariae).

Von

Priv.-Doz. Dr. E. Deussen.

Geschichtliches.

Die Anwendung des Herniariakrautes in der Heilkunde geht auf Jahrhunderte und vermutlich bis ins späte Mittelalter zurück; insbesondere stand es bei Bruchleiden in Ansehen. Bis gegen Mitte des vorigen Jahrhunderts wurde die Droge auch als Diuretikum und als Wundmittel angewendet. Nach Angaben von Daebler hat v. Zeissl sen. (in Wien) durch erneute eigene Untersuchungen sie wieder in Aufnahme gebracht und sie gegen Blasenkatarrh, Krämpfe der Blasenmuskeln sowie auch gegen Syphilis empfohlen. Das blühende Kraut (ohne Wurzel) ist in Österreich offizinell und wird als Teeaufguß von manchen Dermatologen bei gonorrhoischen Erkrankungen der Harnorgane in Verbindung mit Balsamika verwendet. In neuester Zeit hat in Deutschland Kobert auf die Bedeutung des Bruchkrautes — dies scheint der gebräuchlichere Name der Pflanze zu sein — bei Harn- und Blasenleiden hingewiesen. Folgende Namen führt die Pflanze noch in der Literatur: Harn-, Dürr-, Windkraut und Tausendkorn.

Botanisches.

Die Stammpflanze ist Herniaria glabra und hirsuta L., zu den Karyophyllazeen gehörig. Die beiden Arten wachsen auf sandigem Boden und sind in ganz Europa verbreitet. Fischer und Hartwig beschreiben die Pflanze als ein dem Boden anliegendes Kraut mit kleinen, sitzenden Blättern, denen Nebenblätter anhaften; die Blüten sind klein, grün, in axillären, dichten Büscheln angeordnet. Eine genauere Beschreibung gibt Daebler: „Die Blätter klein, sitzend, länglich oder eiförmig, ganzrandig, stumpf oder spitz, mit häutigen, eiförmigen Nebenblättern. Die grünlichgelben, fünfzähligen Blüten in blattwinkelständigen 5—10blütigen Knäueln sind am Gipfel der Ästchen ährenförmig gehäuft. Die Blumenblätter sind borstlich, die Schließfrüchtchen einsamig, häufig von unveränderten Kelchen bedeckt.“ Das Kraut ist geruchlos; erst beim Trocknen entwickelt sich ein kumarinähnlicher Duft.

Dispensation.

Das ganze blühende Kraut ohne Wurzel gelangt zur Anwendung in Form von Teeaufgüssen (10—20 g auf 200 g Wasser täglich), als Extrakt oder Sirup. Für die Extraktdarstellung wird das Kraut mit 40—50%igem Weingeist ausgezogen und das erhaltene Filtrat auf Extrakt weiter verarbeitet. Um den Sir. Herniariae zu gewinnen, übergießt man nach Fischer-Hartwich 100 g Kraut mit 400 g siedenden Wassers, setzt nach einer Stunde 100 g 87%igen Weingeist hinzu und preßt nach drei Stunden das Kraut aus; 400 g des Filtrats werden mit 600 g Zucker zum Sirup verkocht.

Digitized by Google

Bestandteile.

Um die chemische Untersuchung des Herniariakrautes haben sich Gobley (1874) und besonders Barth und Herzig (1889)[1]) verdient gemacht, nach der biologischen Seite Kobert und seine Schule. Durch Behandlung des Krautes (Herniaria glabra und H. hirsuta) mit Weingeist oder Wasser sind bis jetzt folgende Verbindungen abgeschieden worden.

1. Herniarin, $C_{10}H_8O_3$.

Gobley stellte diesen kristallinischen Körper zuerst dar. Zu dem Zwecke behandelte er das zum groben Pulver gestoßene Kraut mit 85%igem Weingeist, verdampfte den Weingeist und zog den Rückstand, mit wenig Wasser angerührt, mit Äther aus. Nach dem Verdunsten der Ätherlösung verblieb eine grünliche Masse, der durch Auskochen mit Wasser das Herniarin entzogen wurde. Die noch grünlich gefärbte Substanz wurde durch Umkristallisieren aus Wasser unter Zusatz von Tierkohle farblos und rein erhalten: Schmelzpunkt 118° (Gobley), 117—118° (Barth und Herzig). Die Verbindung ist geruchlos, nimmt aber beim Schütteln mit kaltem Wasser oder in Berührung mit siedendem Wasser einen kumarinähnlichen Geruch an; sie löst sich in Kalilauge und wird aus dieser Lösung durch Ansäuern unverändert wieder abgeschieden. Mit konzentrierter Schwefelsäure gibt sie eine rotblaue Fluoreszenz. Die Löslichkeit in Wasser von Zimmertemperatur ist gering, etwa 0,013%; vermutlich löst sich Herniarin in Verbindung mit Extraktivstoffen der Pflanze etwas mehr. Die Ausbeute an Herniarin aus Herniariakraut wird von Barth und Herzig zu 0,2% angegeben. Sie zeigten, daß Herniarin identisch ist mit dem von Tiemann und Reimer[2]) dargestellten Methyläther des Umbelliferons, eines Oxykumarins[3]); die Formel des Herniarins ist demnach:

$$C_6H_3\begin{cases}-CH:CH\ (1\\ -OC\ (2\\ -OCH_3\ (4\end{cases}$$

Die physiologische Wirkung des Herniarins und anderer natürlich vorkommenden Oxykumarine, des Umbelliferons, Daphnetins, Äskuletins und der Chrysatropasäure[4]), unterzog E. Sieburg (1921) einer vergleichenden Prüfung. Von Kumarin, einer aromatischen Laktonverbindung (s. Anm. 2), ist es bekannt, daß es als Narkotikum wirkt (Ellinger, 1908). Das Ergebnis der von Sieburg an verschiedenen Tieren ausgeführten Versuche war, daß die genannten Kumarinderivate weder Kumarin- noch Phenolwirkung zeigten; nur bei Herniarin trat eine narkotische Wirkung ein, aber in nicht ganz reiner Form und auch nur dann, wenn Fische (Elritzen) mit dieser Verbindung behandelt wurden. Erwähnenswert ist der von Sieburg kurz geschilderte Versuch, bei dem zwei Kaninchen, dem einen 0,3 g Herniarin, dem anderen 0.5 g, jedesmal in Öl gelöst, subkutan eingespritzt wurden. Die Tiere zeigten etwas Apathie, aber keine narkotische Erscheinungen; dagegen setzte die Diurese einige Tage aus, und zwar bei dem Tiere, das 0,3 g Herniarin erhalten hatte, drei Tage lang. Bei dem, welchem die größere Dosis einverleibt worden war, erfolgte Entleerung der Blase nach zwei Tagen.

2. Saponin.

Das Vorhandensein eines Saponins im Herniariakraut wurde von Barth und Herzig (1889) erkannt. Zur Abscheidung des Glykosides versetzten sie den von Herniarin befreiten, wäßrigen Auszug (s. oben) mit Weingeist. Es entstand ein amorpher, grauweißer Niederschlag, der mit Weingeist ausgewaschen wurde; trocken verharzte er leicht ober-

---

[1]) Barth und Herzig benutzten Herniaria hirsuta, frei von fremdartigen Beimengungen, als Ausgangsmaterial. — [2]) Bericht Deutsch. Chem. Ges., 1879, Bd. 12, S. 993. — [3]) Kumarin = $C_6H_4\begin{cases}-CH:CH\ (1\\ -OC\ (2\end{cases}$. — [4]) Umbelliferron = 4-Oxykumarin, $C_6H_3\begin{cases}-C:CH\ (1\\ -OC\ (2;\\ -OH\ (4\end{cases}$ Daphnetin = 3,4-Dioxykumarin; Äskuletin = 4.5-Dioxykumarin; Chrysatropasäure = 4-Oxy-5-methoxykumarin (β-Methyläskuletin), im Pichiextrakt enthalten, s. diese Wschr., 1922, Bd. 74, S. 135.

Digitized by Google

flächlich. Trotz öfterem Lösen in Wasser und Fällen mit Weingeist konnte das Saponin nicht aschefrei erhalten werden; es löste sich leicht in Wasser zu einer stark schäumenden Flüssigkeit. Eine Reindarstellung ist bis jetzt noch nicht geglückt. v. Schulz nimmt wohl die Zusammensetzung des Barth-Herzigschen Saponins zu $C_{19}H_{30}O_{10}$ an; genügend sicher ist sie aber noch nicht. Barth und Herzig führten das Saponin durch Erhitzen mit verdünnter Salzsäure unter Druck auf 140—150° in ein wasserunlösliches Oxysapogenin, $C_{14}H_{22}O_3$, über, das nach Umkristallisieren aus Eisessig in Form von weißen, langen Nadeln rein erhalten wurde; die Substanz war bei 290° noch nicht geschmolzen.

Als Erster beobachtete Kruskal (1891), daß das Herniarinsaponin in einer Verdünnung von 1:40000 die roten Blutkörperchen einer 1%igen Rinderblutaufschwemmung auflöste. Später prüfte Wasicky (1913) nach der von Kobert gegebenen Richtlinien die hämolytische Wirkung einiger saponinhaltigen Drogen. Er fand, daß sich das Herniariasaponin dem aus Senega ähnlich verhielt: Der hämolytische Index des Saponins aus Senegawurzel betrug 1:2000, aus alter, gelagerter Wurzel 1:500. Ebenso wie diese Droge bei längerer Aufbewahrung an Wirksamkeit abnimmt, so auch das Herniariakraut. Daebler (1914) stellte an wäßrigen, schwach mit Soda alkalisierten Auszügen von Herniaria glabra zwei Saponine fest, ein saures und ein neutrales[1]). Beim Ansäuern des alkalischen Auszuges fiel das saure Saponin aus, während das neutrale in Lösung blieb. Den Nachweis für das Vorhandensein zweier Saponine führte Daebler auf physiologisch-chemischem Wege; sie wirkten beide hämolytisch.

Was die toxische Seite des Herniariasaponins anbetrifft, so ist zu erwähnen, daß auf Veranlassung von Barth und Herzig S. Exner die Giftwirkung des Saponins an Fröschen untersuchte; zum Vergleiche benutzte er ein käufliches Quillajasäurepräparat. Diese beiden Saponinpräparate wurden als 1—5%ige Lösungen in Gaben von $^1/_2$—2 ccm Fröschen unter die Haut eines Oberschenkels eingespritzt. Es zeigte sich, daß die beiden Saponine in ihrer physiologischen Wirkung qualitativ nicht verschieden waren; es wurden Sensibilität und Motilität des Froschbeines gestört. Die Störung steigerte sich bis zur vollständigen und wie scheint auch sensatorischen Lähmung des Beines.

3. Paronychin.

Über diesen Bestandteil des Herniariakrautes findet sich nur eine kurze Angabe von Schneegans (1890), der nach der Methode von Stas[2]) aus Herniaria glabra eine Substanz, Paronychin[3]) genannt, von folgenden Eigenschaften abschied: eine braune, dicke Flüssigkeit von widerlichem Geruche, wenig löslich in Wasser, leicht löslich in Weingeist und in Äther; mit den bekannteren Alkaloidreagenzen gab das Paronychim gefärbte Niederschläge. Es lähmte bei Fröschen das Zentralnervensystem und führte den Tod herbei. Näheres (Zusammensetzung, charakteristische Salze u. a.) ist nicht bekannt geworden.

Physiologisch-Chemisches.

Über die Wirkung des Herniariadekoktes auf den tierischen Organismus, insbesondere über die Ausscheidung der Saponine im Harn und im Kote von Versuchstieren, hat Daebler eingehend Versuche angestellt. Das Dekokt bereitete er in folgender Weise. 20 g des gut zerkleinerten Herniariakrautes (Herniaria glabra) wurden unter Zusatz von etwas Soda zweimal mit destilliertem Wasser ausgekocht; die vom Kraut abgepreßten und filtrierten Auszüge betrugen 250 ccm. Hält man diese Bereitungsweise ein, so geht nach Ansicht von Daebler auch das saure Saponin in den Auszug über. Das etwas eingeengte Dekokt verarbeitete er unter Zuhilfenahme von Zucker und Mehl zu Pillen und verfütterte sie an zwei Hunde in der Weise, daß jeder täglich eine Dekoktmenge erhielt, welche 10 g Herniariakraut (= 0,3 g Saponin nach Daeblers Schätzung) entsprach. Durchfall, Erbrechen oder Übelkeit wurden an beiden Versuchstieren während

---

[1]) Nach Kobert: Die sauren Saponine (Polygala, Strophantin, Zyklaminsäure) sind in Wasser unlöslich, löslich in Alkalien, durch Säuren daraus wieder fällbar. Die neutralen Saponine sind dagegen in Wasser leicht löslich. — [2]) Ausziehen von Alkaloiden oder alkaloidähnlichen Stoffen mit siedendem Weingeist in schwach weinsaurer Lösung. — [3]) Eine Unterfamilie der Karyophyllazeen sind die Paronycheen, wohin auch Herniaria gerechnet wird (Potonié).

Digitized by Google

der Verfütterung mit dem Dekokt nicht beobachtet. Die Untersuchung des Harnes und des Kotes ergab folgendes.

Harn. Das Dekokt wirkte in dem einen Falle diuretisch, in dem anderen nicht. Der Harn enthielt teils geringe Mengen Saponin (durch Überführung in Sapogenin biologisch nachgewiesen), teils nur Sapogenin. Die Ausscheidung von Saponin und Sapogenin war recht wechselnd; sie dauerte auch nach dem Aussetzen des Herniariadekoktes noch einige Zeit an. Gallenfarbstoffe und Eiweiß waren im Harn nicht nachweisbar.

Kot. Die getrocknete Kotmasse wurde in Soxhletapparate mit Petroläther, darauf mit Äther entfettet. Eine Probe davon wurde mit physiologischer Kochsalzlösung ausgezogen; der Auszug zeigte keine hämolytische Wirkung. Zur weiteren Prüfung kochte Daebler den entfetteten Kot mit Weingeist aus, verdunstete den Weingeist und behandelte den Rückstand mit Essigäther. Der Essigätherauszug wurde wieder eingedampft; der Rückstand davon bestand aus einer hellbraunen Substanz, die hämolytisch wirkte. Daebler hält diese Substanz für ein Sapogenin und folgert daraus, daß das Saponin des Herniariakrautes als Sapogenin in den Kot übergeht. Auf Grund seiner Versuche kommt er zu der Ansicht, daß es wenig Erfolg verspräche, Herniariadekokte bei Leiden der Harnorgane zu verwenden. Auf jeden Fall müßte, um ein möglichst saponinreiches Dekokte zu erhalten, ein geringer Zusatz von Soda erfolgen. Kobert wies 1917 darauf hin, daß das Herniariasaponin im Harn den zusammenhängenden oder zusammenklebenden Harnsand lockere und die Ausleerung desselben begünstige.

Literatur.

D. A. Rosenthal, Synopsis plant. diaphor. F. Enke, Erlangen 1862, S. 696. — Gobley, J. de Pharm. et de Chim., 1874, Bd. (4) 20, S. 270. — L. Barth und J. Herzig, Mhf. f. Chem., 1889, Bd. 10, S. 161. — Schneegans, Jahrb. d. Pharm. f. Els.-Lothr., 1890, S. 206 (nach Dragendorff in Chem. Zbl., 1890, Bd. 2, S. 1009). — Kruskal, Arbeiten des pharmakologischen Instituts Dorpat, 1891 (nach Daebler). — W. v. Schulz, Pharm. Zschr. f. Rußland, 1894, S. 803 (nach Daebler). — Dragendorff, Heilpflanzen. F. Enke, Stuttgart 1898, S. 209. — Hagers Handb. d. pharm. Prax. (Fischer-Hartwig). J. Springer, Berlin 1902, Bd. 2, S. 9. — Wiesner, Rohstoffe des Pflanzenreiches. Engelmann, Leipzig 1903. — Wasicky, Pharm. Post, Bd. 46, S. 989 (nach Chem. Zbl., 1914, Bd. 1, S. 65). — Daebler, Zusammensetzung und Wirkung des Bruchkrautes. Dissertation, Rostock 1914, S. 477. — R. Kobert, Heil- und Gewürzpflanzen. 1917/1918, S. 191. — E. Sieburg, Uber die physiologische Wirkung einiger natürlich vorkommender Oxykumarine. Bioch. Ztg., 1921, Bd. 113, S. 176. — Grein, Pharm. Ztg., 1904, Bd. 49, S. 257; auf diese Arbeit, welche Irrtümer und Fehler enthält, kann nur hingewiesen werden. Der Auszug im Chem. Zbl., 1904, Bd. 1, S. 1215 ist in gleicher Weise fehlerhaft wie das Original.

Aus der Derm.-vener. Abteilung des Stadtkrankenhauses Chemnitz
(Leitender Arzt: Prof. Dr. Frühwald).

Über Urethritis gonorrhoica polyposa bei der Frau.

Von

Prof. Dr. Richard Frühwald.

Das Vorkommen von Polypen bei Harnröhrengonorrhoe des Mannes, eine Urethritis polyposa oder papillomatosa, zumal in der hinteren Harnröhre, ist, wenn auch nicht allzu häufig, doch allgemein bekannt. Weniger bekannt scheint das Vorkommen derselben Affektion bei der Frau zu sein. Wenigstens habe ich in der mir zugänglichen Literatur nur sehr spärliche diesbezügliche Ausführungen gefunden.

Das meiste findet sich in pathologisch-anatomischen und gynäkologischen Büchern. So sprechen Kaufmann und Aschoff in ihren Lehrbüchern von den polypösen Wucherungen der Harnröhrenschleimhaut,

Digitized by Google

deren Vorkommen im Anschluß an chronische Entzündungen bei der Frau sie besonders erwähnen. Jene finden sich hauptsächlich am Harnröhreneingang, seltener diffus verstreut. Bumm (in seinem Aufsatze: „Die gonorrhoischen Erkrankungen der weiblichen Harn- und Geschlechtsorgane" im Handbuch der Gynäkologie von Veit) beschreibt bei chronischer Gonorrhoe Schwellung der Papillen, welche am Harnröhreneingang zuweilen eine förmliche Papillargeschwulst von hochroter oder auch grauer, sulzig-durchscheinender Farbe bilden. In den tieferen Partien kann man ähnliche Veränderungen finden. Nach Martineau und Hamonic (l. c.) kann sich unter dem Einfluß der chronischen Entzündung eine beträchtliche Hypertrophie der Drüsenbälge entwickeln, welche schließlich zu förmlichen Polypen werden. Stöckel („Die Erkrankungen der weiblichen Harnorgane. Neubildungen" im oben genannten Handbuche) beschreibt in der Harnröhre Granulome, die bei chronischer Entzündung, besonders Gonorrhoe, vorkommen und papilläre Schleimhautpolypen. Er erwähnt auch eine papillomatöse Urethritis von Jullien und Druelle (eine Literaturangabe hierzu ist nicht vorhanden). Die genannten Arbeiten der Pathologen und Gynäkologen beschäftigen sich hauptsächlich mit den polypösen Bildungen am Harnröhreneingang.

Aus ber urologischen Literatur fand ich in Kollmann-Oberländer: „Die chronische Gonorrhoe der männlichen Harnröhre", 2. Aufl., S. 400. folgende Beschreibung der Harnröhrenveränderung beim Weibe: „In den chronischen Fällen erscheint die Harnröhrenschleimhaut im Urethroskop an einzelnen Stellen in Form von rundlichen oder länglichen ungefähr zentimeterlangen, samtartig geschwollenen Herden, welche mit Granulationen oder kleinen papillenartigen Exkreszenzen besetzt sind und beim Darübergleiten des Tubus oft bluten".

In der dermatologisch-venereologischen Literatur sind die Angaben dagegen sehr spärlich; in den Lehrbüchern von Finger, Oppenheim, Zieler, Joseph, in der Monographie von Menge im Handbuch der Geschlechtskrankheiten, sowie in der Monographie von Fromme fand ich nichts darüber gesagt. Nur in der 6. Auflage des Rieckeschen Lehrbuches findet sich in der Bearbeitung der Gonorrhoe von Bruhns folgende Stelle: „Wenn irgendwelche Wucherungen in der Harnröhre sitzen, z. B. die nicht so seltenen Polypen oder auch spitze Kondylome, so haften die Gonokokken in den schwerer zugänglichen Schleimhautfalten dieser Gebilde besonders lang, daher ist die Entfernung solcher Wucherungen zwecks schnellerer Heilung geboten (Stümpke)." In der älteren sonstigen Literatur konnte ich nur eine Arbeit von Gregoire (1) feststellen; nach ihm sind die Harnröhrenpolypen des Weibes angiomatöser Natur, sitzen meist am Orificium externum und sind durch chronische Entzündungen gonorrhoischer und nichtgonorrhoischer Natur verursacht.

Am eingehendsten hat sich mit dem Vorkommen von Polypen bei der Gonorrhoe der weiblichen Harnröhre, wie oben zitiert, Stümpke (2) beschäftigt. Er beschreibt 11 Fälle von Polypen und spitzen Kondylomen der Harnröhre; die meisten saßen an der Harnröhrenmündung, in vier Fällen waren sie auf die Harnröhre verteilt. Sie waren verschieden groß — hirsekorn-, linsen-, bohnengroß —, von verschiedener Form — hahnenkamm-, pilz-, knollenartig, kondylomatös —, teils breitbasig, teils gestielt.

Digitized by Google

fibromatös oder angiomatös. In allen Fällen, bis auf einen, wurde ein Zusammenhang mit einer Renitenz der Harnröhrengonorrhoe festgestellt. Durch Entfernung der Polypen war in einer Reihe von Fällen bald ein Erfolg festzustellen.

Die Arbeit von STÜMPKE scheint im Kreise der Dermatologen und Venereologen nicht die genügende Beachtung gefunden zu haben; in der Folgezeit findet sich keine diesbezügliche Arbeit. Der Anlaß für mich, mit dieser Frage mich näher zu beschäftigen, war die Beobachtung folgenden Falles:

Johanna R., 18jähr. Dienstmädchen, aufgenommen 18. IV. 1924. Scleroses ad orificium urethrae, labia et commissuram post. Gonorrhoea urethrae.

31. V. 1924. Nach 3 negativen Präparaten Provokation mit 0,3 Arthigon intravenös und Argentumpinselung 10%, nach 2 Präparaten Gonokokken +.

8. VII. Provokation; nach 6 Präparaten Gonokokken +.

7. VIII. Provokation; nach 3 Präparaten Gonokokken +.

29. IX. Provokation; nach 2 Präparaten Gonokokken +.

27. XI. Provokation; nach 6 Präparaten Gonokokken +.

15. I. 1925. Endoskopie (Tubus 27): Knapp vor dem Sphinkter, rechts, mehrere rote Polypen. Die Oberfläche ist glatt. Sie sind mehrere Millimeter lang, einer, der in das Lumen hereinhängt, etwa 5 mm lang. Harnröhrenschleimhaut sonst normal.

16. I., 10. II., 17. II. Kauterisation der Polypen. Einer wird mit der Endoskopzange entfernt. Histologische Untersuchung (Geh.-Rat NAUWERCK): Papilläres Epitheliom, entzündlich infiltriert, keine Gonokokken.

Im Abstrich dauernd Gonokokken +.

7. III. Nahe dem Sphinkter noch ein kleiner breitbasiger Polyp. Kauterisation. Gonokokken bis 25. III. +. Dann bis 8. IV. in 11 Präparaten Gonokokken —.

9. IV. Provokation.

16. IV. Endoskopie: Ein hirsekorngroßer Polyp am Sphinkter. Kauterisation. Nach der Provokation in 10 Präparaten Gonokokken —.

24. VI. Endoskopie: Kein Polyp mehr vorhanden. An ihrer Stelle kleine weiße narbige Flecke.

25. IV. Provokation mit Arthigon 0,5 intravenös, Dilatation bis 41. 5. V. Endoskopie: Vor dem Sphinkter Schleimhaut blaß, sonst normal.

8. V. Nach 30 negativen Präparaten und zweimaliger Provokation entlassen.

Bei dieser Kranken hielten sich die Gonokokken hartnäckig in der Urethra, obwohl die verschiedensten therapeutischen Methoden, Spumanstäbchen mit Protargol, Pinselungen mit Argentum, Dehnungen der Urethra angewandt wurden. Die Endoskopie ergab Polypen in der Harnröhre, die nahe dem Sphinkter saßen und mit dem Galvanokauter zerstört wurden. Trotz dieser Behandlung verschwanden die Gonokokken nicht. Erst als kein Polyp mehr vorhanden war, verschwanden die Gonokokken und kamen auch nach der Provokation, die bisher stets wieder zu ihrem Auftreten geführt hatte, nicht wieder.

Diese Beobachtung war für mich der Anlaß, alle hartnäckigen Urethralgonorrhoen und alle Gonorrhoen überhaupt der endoskopischen Untersuchung zu unterziehen. Dabei endeckte ich folgenden Fall:

Marta S., 18jähr. Handschuhnäherin, aufgenommen 11. IX. 1924. Condylomata lata ad genitale, Leucoderma colli, Gonorrhoea urethrae.

Erst am 23. XII. 1924 in 3 Präparaten Gonokokken —. 17. I. 1925. Provokation; nach 3 Präparaten Gonokokken +.

29. I. Endoskopie (Tubus 27): Auf der unteren Harnröhrenwand ein gestielter, spitzer Polyp. Vorne nahe dem Orificium externum zwei kleine warzenartige Polypen. Harnröhrenschleimhaut sonst normal.

19. II., 27. II., 7. III. Kauterisation. Gonokokken vom 12. II. bis 9. III. negativ. 19. III. nach Provokation Gonokokken +.

Digitized by Google

26. III. Kauterisation. 6. IV. Gonokokken +.
16. IV. Von den Polypen nichts mehr vorhanden.
30. IV. Endoskopie: Schleimhaut am Sphinkter blaß, narbig.
22. V. Nach 24 negativen Präparaten und zweimaliger Provokation entlassen.

Nach den Angaben in der Literatur und diesen Beobachtungen kann es wohl keinem Zweifel unterliegen, daß die Polypen mit der Gonorrhoe in Zusammenhang standen. Während vorher jede Behandlung versagte und die Gonokokken stets rezidivierten, verschwanden sie erst, nachdem die Polypen galvanokaustisch zerstört waren. Aber auch erst, als der letzte Rest der Polypen verschwunden war. Solange noch Polypengewebe vorhanden war, fanden sich auch immer noch Gonokokken im Ausstrich.

Ich weiß wohl, daß ich mit diesen Beobachtungen nichts prinzipiell Neues bringe; dennoch fühlte ich mich veranlaßt, sie zu veröffentlichen, um die Aufmerksamkeit der Fachkreise wieder auf diesen, in Dermato-Venereologenkreisen von STÜMPKE zuerst eingehend gewürdigten Punkt zu lenken. Man darf sich nicht begnügen, festzustellen, daß die Harnröhrengonorrhoe der Frau sehr hartnäckig sein kann und leicht rezidiviert, man muß auch nach der Ursache dieser Hartnäckigkeit forschen: eine sicherlich sehr häufige, vielleicht die häufigste Ursache für sie sind die Harnröhrenpolypen.

Diese sind angiomatös oder fibromatös, oder mehr warzig, oder vom Aussehen des spitzen Kondyloms. In meinem ersten Falle erschienen die Polypen glatt, histologisch zeigte sich hier auch eine papilläre Struktur; im zweiten Falle fanden sich zwei warzige Polypen. Sie sitzen häufig nahe dem Orificium, können aber auch an jeder anderen Stelle der Harnröhre zu finden sein; bei meinen Fällen war hauptsächlich letzteres zu finden.

Es zeigt sich jedenfalls, wie wichtig auch bei der Harnröhrengonorrhoe der Frau die Anwendung des Urethroskops ist. Das wollte ich hier besonders betonen. Die Urethroskopie findet leider nicht überall, zumal im Kreise der praktizierenden Fachkollegen, die Würdigung, die ihrer Bedeutung und Wichtigkeit entspricht; wenn sie schon angewendet wird, so geschieht dies bei der Gonorrhoe des Mannes. Die vorliegenden Beobachtungen zeigen aber, daß auch bei der Urethralgonorrhoe der Frau die Urethroskopie für die Diagnose, besonders aber für die Therapie, unerläßlich ist. Zumindestens ist sie bei jedem hartnäckig rezidivierenden Falle anzuwenden.

Literatur.

1. GREGOIRE, Die Polypen der Urethra des Weibes, ihre Natur und ihre Ursachen. Ann. des mal. des org. gén.-urin., 1904, H. 5. Ref. M. p. D., Bd. 38, S. 562. — 2. STÜMPKE, Über die Beziehungen zwischen Harnröhrenwucherung und Gonorrhoe beim Weibe. B. kl. W., 1917, S. 1194—1196.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. MARIE UNNA, Hamburg-Bergedorf.

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

e. Therapie.

A Clinical and Experimental Investigation of Arsphenamin Poisoning (Über klinische und experimentelle Untersuchung von Salvarsanschädigungen), von S. Weiss-New York. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 8, S. 577.) Durch wiederholte, intravenöse Arsphenaminjektionen bei Katzen entstehen in der Leber kleine Nekroseherde, degenerative Fettinfiltration, Hyperämie mit Rundzellinfiltration und trübe Schwellung der Leberzellen, gelegentlich auch trübe Schwellung in den Nierentubuli. Milz: o. B. Dieselben Befunde bei kombinierter Arsphenamin-Hg sal.-Behandlung und bei Behandlung der Tiere allein mit Chloroform und auch mit Chloroform plus Arsphenamin. Jedenfalls keine summierende Wirkung beider Mittel, eher eine antagonistische (auch schon früher von Spiethoff und Wiesenack an Kaninchen beobachtet, aber nicht vom Verf. erwähnt, wie überhaupt die vorliegende, nicht kleine Literatur recht stiefmütterlich von W. behandelt wird. D. Ref.). Als Resultat der höchstens durch die Art der Versuchstiere neuartigen Untersuchungen zieht Verf. den Schluß, daß aus seinen Experimenten nichts dafür spricht, daß Salvarsane eine akute, gelbe Leberatrophie beim Menschen verursachen. Von den klinischen Erwägungen des Verf., die nicht den Anforderungen einer guten Statistik genügen, sei hervorgehoben, daß in der Mehrzahl der Fälle von Salvarsanschädigungen dieselben verhütet werden können durch Vorsicht bei der Behandlung von Individuen mit kardiovaskulären und Nierenkrankheiten, Stat. thymolymphat. und Infektionskrankheiten wie Pneumonie. „Die akute, gelbe Leberatrophie ist keineswegs als Salvarsanschädigung erwiesen." Möglicherweise spielt das Salvarsan hier nur eine indirekte Rolle, indem es vorhandene, disponierende Momente verstärkt oder durch seine bakterizide Wirkung „ein Toxin freimacht".

F. Jacobsohn-Berlin.

Zur Kasuistik der Arzneischädigungen (Salvarsan, Quecksilber, Wismut), besonders über „extrakutane fixe Nebenwirkungen", von J. Jadassohn, Hautkl. Univ. Breslau. (M. Kl., 1925, Nr. 10, S. 362—366.) Bei einer kombiniert behandelten frischen Syphilis zeigten sich Intoleranzerscheinungen gegen Salvarsan in zweierlei Form, nämlich fieberhafte erythemato-squamöse Eruptionen und vasomotorischer Symptomenkomplex, und zwar dieser lange nachdem bereits Gewöhnung der Haut eingetreten. Ferner wurde Überempfindlichkeit gegen Hg bei externer Merzinol-Reizprobe festgestellt, während intramuskuläre Novasuroleinspritzungen gut vertragen worden waren. Es erscheint fraglich, ob von vornherein eine Hg-Idiosynkrasie bei externer Applikation bestand, oder ob diese erst durch die Salvarsandermatitis hervorgerufen wurde (Novasurol i. m. gut vertragen = „relative" Intoleranz), oder die Haut durch das Novasurol gegen die externe Hg-Anwendung überempfindlich geworden ist. Im weiteren Verlaufe traten nach Novasurol 2.0 ohne Störung des Allgemeinbefindens lebhafte Schmerzen auf der rechten Rachenseite und einer bestimmten Stelle der Armmuskulatur, und zwar wiederholt auf, während nach Sublimateinspritzungen keinerlei Erscheinungen auftraten. Es scheint sich um eine spezielle Novasurolwirkung zu handeln, die erst nach Sensibilisierung auftrat; nach längerer Pause Desensibilisierung. Die Erscheinungen werden als Analoga der fixen Exantheme aufgefaßt („fixe Enantheme"). In einem zweiten Falle traten gleich bei der ersten Bismogenoleinspritzung heftige Schmerzen im rechten N. frontalis auf, die sich bei weiteren Einspritzungen mehrfach, aber allmählich geringer werdend wiederholten, ebenso auch nach Sorbismal, jedoch nicht nach Salvarsan, also reine Wismutwirkung. Als „extrakutane" fixe Arzneinebenwirkungen werden solche bezeichnet, die mehrmals nach der Darreichung eines Medikamentes an einer (oder mehreren) zirkumskripten Stellen eines Organes oder Organsystemes

Digitized by Google

entstehen, ohne daß an diesen Stellen eine anatomische oder funktionelle Besonderheit oder pathologische Veränderung nachzuweisen wäre.

E. Levin-Berlin.

Über die Nebenwirkungen der Salvarsanpräparate, von N. Efron. (Westnik Sowremennoi Medicinij, 1925, Nr. 3.) Ein Übersichtsreferat, welches ausklingt in die Worte, daß wir in einem Teil der Fälle, dank unserer genügenden Kenntnis der Wirkungsweise des nicht ungefährlichen Salvarsans (Neo), seine unangenehmen Nebenwirkungen vermeiden können, daß aber in einem anderen Teil der Fälle dieses außer unserer Macht liegt. Wir müssen aber suchen, durch Ausarbeitung von prophylaktischen Maßregeln dieses, von allen antisyphilitischen Mitteln mächtigste zu einem gefahrlosen zu machen. A. Jordan-Moskau.

Zur Bekämpfung von Salvarsan- und Quecksilberschädigungen, von H. Heine-Mainz. (M. m. W., 1925, Nr. 12, S. 501.) Eine Quecksilberstomatitis und ein hochgradiger Ikterus eines frischen Syphilitikers wurden mit 0,75 Natriumthiosulfat Beiersdorf, gegeben intravenös innerhalb 3 Tagen, schlagartig beseitigt.

A. v. Notthafft-München.

Prophylaxe und Therapie der Salvarsan-Nebenerscheinungen, von B. Spiethoff, Univ.-Hautkl. Jena. (Fortschr. d. Ther., 1925, H. 3, S. 66.) Wiedergabe des eigenen Standpunktes und der eigenen Erfahrungen, wobei die bekannten Tatsachen des Wasser-, Metall- und Glasfehlers wie die Toxizitätsteigerung des gelösten Salvarsans an der Luft unberücksichtigt bleiben. Was die Höhe der Anfangsdosen anlangt, so steht Verf. auf dem Standpunkte, daß einschleichende Dosen (0,1; 0,2; 0,3; 0,4) am ehesten geeignet sind, Hirnödem, vasomotorischem Symptomenkomplex wie den anderen Schädigungen vorzubeugen. Daß der therapeutische Effekt darunter leidet, wird zugegeben. Zur Desensibilisierung haben sich nach verschiedentlichen Versuchen am besten Gaben von 40—60 g Recvalysat Bürger (ein Baldrianpräparat) ¾—1 Stunde vor der Salvarsaninjektion bewährt und erreicht Spiethoff damit dasselbe, wie mit dem bisweilen nicht so harmlosen Adrenalin. Muß die Desensibilisierung stärker sein, so wird 0,3 ccm einer 3%igen Narkophinlösung oder 2,0 Antipyrin gelöst in Aqua dest. intramuskulär verabreicht. Die Desensibilisierung durch Narkotika bildet also die allgemeine Grundlage in der Prophylaxe des so variationsreichen vasomotorischen Symptomenkomplexes. Von dem zweiten Teil der sehr lesenswerten Arbeit, der die „spezielle Therapie" behandelt, seien nur einige Punkte hervorgehoben. Die Details müssen im Original nachgelesen werden. Akutes Hirnödem: Bei den ersten Erscheinungen (Unruhe), d. h. von dem Auftreten der ersten Zuckungen Desensibilisierung des Zentralnervensystems durch Narkotika, außerdem Aderlaß von 200 ccm neben vollkommener Ruhe für den Pat. Sind die ersten krampfartigen Erscheinungen bereits aufgetreten, dann unbedingt Lumbalpunktion mit Ablassen von 40—50 ccm Liquor, welche Menge eventuell während eines Anfalles zu gewinnen ist, wenn man die Nadel bis dahin liegen läßt. Alle anderen Maßnahmen können die Lumbalpunktion wohl unterstützen, aber nie ersetzen. Bei Erythemen: Narkophin, Antipyrin, Kalkinjektionen, welch letztere aber nur dann gemacht werden dürfen, wenn keine Stelle Neigung verrät, in ein entzündliches Stadium überzugehen. Innerlich Belladonna, Rhus toxicodendr. usw. Für die Salvarsandermatitis oder das -ekzem gilt besonders die genaue Beobachtung des Pat. während der Kur in bezug auf das Auftreten von Nebenerscheinungen, denn das Übersehen kann schwerste Folgen zeitigen. Äußerlich Trypaflavin, dann Puder, innerlich Antipyrin 0,5 per os 6mal in 24 Stunden durch längere Zeit, wobei Verf. dessen gute Wirkung nicht allein für antiphlogistisch als vielmehr desensibilisierend hält. Mit Natriumthiosulphat wurden keine Erfolge erzielt. Rheumatische Beschwerden sind meist durch Schwefel gut beeinflußbar. Den während oder nach einer Kur auftretenden Ikterus hält Verf. meist für katarrhalisch, verlangt aber unbedingt das sofortige Abbrechen der Kur. Innerlich Nux vomica und Diät. Endlich sind noch die guten Erfolge der Schwefelbehandlung (Injekt. oder Bäder) bei allgemeinen Beschwerden nach der Kur erwähnenswert. F. M. Peter-Hamburg.

Multiple Neuritis with Jaundice After Use of Neo-Arsphenamin (Multiple Neuritis mit Gelbsucht nach Neo-Arsphenamin), von J. F. Schamberg u. S. S. Greenbaum-Philadelphia. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 3, S. 163.) Der berichtete Fall weist folgende Eigentümlichkeiten auf: Nach der vierten Neoarsphenamininjektion zeigte sich bei dem schon früher wegen seiner Lues öfter behandelten Pat. ein Ikterus, der als Herxheimersche Reaktion der Leber auf-

Digitized by Google

gefaßt wurde. Die Behandlung wurde daher vorsichtig fortgesetzt, doch war nach zwei weiteren Injektionen der Ikterus nicht nur nicht im Abklingen, sondern es kamen auch noch die Anzeichen einer multiplen Neuritis hinzu. Demnach sind der Ikterus wie Neuritis als Folgen der Medikation zu betrachten.

F. M. Peter-Hamburg.

Treatment of Arsphenamin „Encephalitis" With Sodium Thiosulphate (Behandlung der Arsphenamin-„Enzephalitis" mit Natriumthiosulfat), von R. H. Mc Bride-Iowa City. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 10, S. 729.) Verf. berichtet über einen Fall von hämorrhagischer Enzephalitis, der bei einem 4jährigen Knaben 3 Tage nach einer dritten intravenösen Injektion von 0,35 Sulpharsphenamin und 5 mg Sublimat, intramuskulär einverleibt, sich einstellt. Es wurden intravenös 0,46 g Na-thiosulfat (0,03 auf 1 kg Körpergewicht) in 5%iger Lösung alle 3 Stunden auf 5 Dosen gegeben; außerdem wurden Koffein- und Epinephrin- (1:1000) Injektionen gemacht, nachdem am nächsten Tag noch heftige Krämpfte auftraten und das Koma noch anhielt. Allmählich besserte sich der Zustand und nach 4 Tagen konnte Patient geheilt das Krankenhaus verlassen. Nach diesem Falle und anderen, von französischen, englischen und amerikanischen Ärzten beschriebenen Beobachtungen scheint Natriumthiosulfat bei jeder Form von Arsenik-, Quecksilber-, Blei- oder Wismut-Vergiftung ein sehr wirksames Gegenmittel zu sein.

M. Stern-München.

Zur Frage der Natriumthiosulfatbehandlung bei Salvarsandermatitis, von S. Fuss u. F. Dahlmann-Ludwigshafen. (M. m. W., 1925, Nr. 9, S. 345.) Die Methode hat sich in 7 Fällen, unter welchen 5 bis 6 sehr schwere waren, glänzend bewährt.

A. v. Notthafft-München.

Arsenical Poisoning Treated by Sodium Thiosulphate (Behandlung von Arsenvergiftung mittels Natriumthiosulfat), von H. M. Halliday u. Ch. E. Sutherland-London. (Brit. m. J., 1925, Nr. 3348, S. 407.) Eine 30jähr. IVpara akquirierte gegen Ende der Schwangerschaft Syphilis und wurde mit intravenösen Arseninjektionen 10 Monate lang behandelt. Während der darauf verordneten Ruhepause trat 3 Wochen nach der letzten Einspritzung intensiver Ikterus auf im Verein mit Parese der Arme, Abnahme der Sehkraft bis auf knappes Unterscheidungsvermögen von hell und dunkel, Albuminurie und Verminderung der Leberdämpfung. Die Verabreichung von Natriumthiosulfat per os hatte keine Wirkung, und Pat. schien moribund zu sein. Alsdann wurden 0,45 g intravenös gegeben, was in den folgenden 10 Tagen alle 24 Stunden wiederholt wurde, alsdann gab man die Injektionen in den folgenden 2 Wochen einen Tag um den anderen. Heilung. Die Toleranz für Lävulose wurde auch wieder normaal.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die innere Behandlung der Syphilis mit Spirozid (Hoechst) und Stovarsol, von M. Oppenheim-Wien. (W. m. W., 1925, Nr. 14, S. 802.) Siehe Derm. W., Bd. 79, S. 1618.

Über die innere Behandlung der Syphilis mit Spirozid (Hoechst) und Stovarsol, von M. Oppenheim, Abt. f. Haut- u. Geschlechtskrankh., Wilhelminensp. Wien. (W. m. W., 1925, Nr. 16, S. 919.) Als Resultat seiner klinischen Untersuchungen über das Spirozid resp. Stovarsol kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Es ist das kräftigste intern zu verabreichende Syphilismittel, das in seinem Effekt einem Vergleich mit Salvarsan standhält. Bei richtiger Verabreichung ist es für den Magen-Darmkanal und für den Organismus überhaupt gänzlich unschädlich. Auf die klinischen und serologischen Reaktionen kann man eine gute Wirkung feststellen, zumal auch die Jarisch-Herxheimersche Reaktion sehr stark ist. Die serologischen Reaktionen werden wechselnder und langsamer beeinflußt als durch Salvarsan. Rezidive hat Verf. nur zweimal gesehen. In den Fällen, in denen Verf. diese Präparate prophylaktisch verordnete, hat er in keinem das Auftreten einer Lues beobachtet. In allen Fällen wirkte das Mittel roborierend. Therapeutisch ergibt sich für den Verf., daß sich die interne Anwendung dieser Präparate in allen Fällen empfiehlt, in denen aus irgend einem Grunde Salvarsan nicht gegeben werden kann, so bei Idiosynkrasie gegen intravenöses Salvarsan, bei technischen Schwierigkeiten für intravenöse Injektionen usw. Es wäre bei weiterer Erprobung möglich, daß es in Kombination mit Bi und Hg das Salvarsan ersetzen könnte. Für die Abortivkur könnte man es verwenden, aber nur in Verbindung mit Wismut, sobald seine Gleichberechtigung mit dem Salvarsan durchaus sicher ist. Eventuell kommt es thera-

Digitized by Google

peutisch bei allen Protozoenerkrankungen und bei denjenigen Hautkrankheiten in Frage, bei denen man bisher Arsen verordnet hat. E. Langer-Berlin.

Traitement de la syphilis nerveuse par l'arsenic pentavalent (Behandlung der Nervensyphilis mit fünfwertigem Arsen), von A. Sézary u. A. Barbé. (Progr. méd., 1925, Nr. 13, S. 455—456.) Von den auf Syphilis beruhenden Affektionen des Nervensystems sind die Formen, bei denen die Spirochäten in das Nervenparenchym eingedrungen sind (bes. progressive Paralyse und Tabes), gegen die sonst wirksamen Behandlungsmethoden refraktär, weil die Spirochäten für diese nicht zugänglich sind. Für die Wahl der fünfwertigen Arsene für diese Formen war der (aus dem Vorkommen von Neuritis optica geschlossene) Neurotropismus der Arsinsäuren maßgebend, ferner, daß sie in den Geweben erst nach Reduktion wirksam werden und das Nervengewebe reduzierende Fähigkeiten hat. Angewendet wurde Stovarsol (0,5 auf 4 ccm Aqu. dest.) zuerst 4, dann 8 bis zu 12 ccm (= 1,5 Stovarsol) 3mal wöchentlich. Die intravenösen Einspritzungen sind wirksamer als die subkutanen, doch besteht bei ihnen eine größere Gefahr von Augenerkrankungen. Verabfolgt wurden 14—16 Einspritzungen, die abgesehen von der Gefahr der Optikusatrophie, die aber bei rechtzeitigem Aussetzen vermieden werden konnte, gut vertragen wurden. Von 23 Fällen von progressiver Paralyse starben 3 gleich im Anfang, die sowieso verloren waren, 5 zeigten eine gewisse Besserung des physischen Zustandes, die aber im Grunde nur eine Verlängerung des aussichtslosen Leidens bedeutete, 11 wurden geistig sehr gebessert, 4 wieder vollständig arbeitsfähig. Im Liquor fand sich die Hyperleukozytose verringert, Hyperalbuminose und positive WR nicht verändert. E. Levin-Berlin.

Zur Frage der Syphilisbehandlung mit Spirocid und Stovarsol, von C. Bruhns und H. Picard, Dermatol. Abt. Städt. Krkh. Charlottenburg. (M. Kl., 1925, Nr. 17, S. 622—624.) Bericht über 48 mit Spirozid und 5 mit Stovarsol behandelte Fälle, meist manifeste Lues mit ersten Sekundärerscheinungen. Diese schwanden in 2 bis 3 Wochen. In dieser Beziehung steht die Behandlung den intravenösen Salvarsaneinspritzungen nur wenig, dagegen in bezug auf den Umschlag der WR bedeutend nach. Nebenwirkungen gering, am häufigsten Arzneiexantheme, die aber stets leicht waren und bald schwanden. Die Behandlung kann noch nicht als Ersatz für die intravenösen Salvarsaneinspritzungen gelten, kommt in Betracht, wo diese nicht angängig, oder bei älteren und schwächeren Leuten und als Zwischenkuren. Möglichst in Kombination mit Wismut oder Hg. Die Dosierung war die übliche. Als Prophylaktikum kann die Anwendung erfolgen, wenn intravenöse Salvarsaneinspritzungen aus irgend welchen Gründen (Gefahr, Verheimlichung) nicht angebracht erscheinen, obzwar nach Tierversuchen die prophylaktische Wirkung nicht zuverlässig erscheint. Die Dosen dürfen aber hierbei nicht zu gering sein (4—6 g), und es muß eine sorgfältige Kontrolle und Weiterbeobachtung stattfinden.
E. Levin-Berlin.

Weitere experimentelle Untersuchungen zur Stovarsolfrage, von W. Worms-Berlin. (D. m. W., 1925, Nr. 11, S. 428.) Nach peroraler Verabfolgung von 250, 300 und 330 mg pro kg ist eine Heil- und Schutzwirkung bei Kaninchenspirochätose möglich. Sie gelingt jedoch in den von Levaditi angegebenen Dosen relativ selten. Die gleichen Ergebnisse hat Verf. mit 170 und 250 mg pro kg nach Infektion mit dem Nichols-Stamm erzielt. Der Truffi- und Reichsgesundheitsamts-Stamm sind bedeutend resistenter. Die wirksamen Dosen liegen so nahe bei den toxischen, daß das Mittel für Kaninchen praktisch unbrauchbar ist. Wenn auch in einzelnen Fällen der Ausbruch der Infektion verhütet werden konnte, so bleibt dennoch die Frage offen, ob die Präventivbehandlung nur zu einer Unterdrückung des P. A. und damit zu einer latenten Lues geführt hat. Die Giftwirkung des Stovarsols macht sich in einem Gewichtsverlust der Tiere bemerkbar, der entweder vorübergehender Natur ist oder nach längerer Zeit zum Tode führt. Verf. zieht aus seinen Versuchen die Folgerung, daß infolge zahlreichen Versagens bei therapeutisch hohen Dosen und bei prophylaktisch dargereichten Mengen die Zuverlässigkeit des Stovarsols bzw. Spirozid als Prophylaktikum und Therapeutikum sehr in Frage gestellt ist. F. Harry-Wiesbaden.

Ein Fall von hochgradigen Intoxikationserscheinungen nach Stovarsoldarreichung, von A. Schwarz, Amb. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. d. Spitals d. jüd. Gem. Lemberg. (M. Kl., 1925, Nr. 18, S. 665—666.) Eigenbeobachtung. Hochgradige Intoleranz schon gegen 0,25. Ausgebreitetes, stark juckendes Exanthem, nach

Digitized by Google

weiteren Dosen verstärkt, dann Quinckesches Ödem an Händen und Füßen, Allgemeinerscheinungen, Fieber. Später bei Abklingen des Exanthems, Hämorrhagien, Eosinophilie. Die Erscheinungen glichen den nach Salvarsan auftretenden.

E. Levin-Berlin.

Die Behandlung der Syphilis mit Stovarsol (Spirocid), insbesondere dessen Wirkung auf die Spirochäten, von Luerssen, Univ.-Hautkl. Königsberg. (Kl. W., 1925, Nr. 15, S. 699.) An einem Material der verschiedensten Luesstadien von der seronegativen bis zur tertiären Periode hat Verf. das Stovarsol und das Spirozid, die beide gleichwertig sind, erprobt und kann eine im großen und ganzen recht günstige Wirkung feststellen, die allerdings bei alleiniger Verabreichung des Mittels hinter der reinen Salvarsanwirkung erheblich zurückbleibt. Immerhin sind unsere Kenntnisse über die Wirkung des Mittels, die Resorption der verhältnismäßig großen Arsenmengen und die Dauer der Wirkung zu gering, als daß man schon heute dem Praktiker die Anwendung empfehlen kann. Auch über die Nebenwirkungen, von denen Verf. im Gegensatz zu anderen Autoren wenig gesehen hat, wissen wir vorläufig noch recht wenig. Eingehend hat sich Verf. mit der Beeinflussung der Spirochäten durch Stovarsol und Spirozid beschäftigt. Aus den spezifischen Effloreszenzen verschwanden sie zunächst recht schnell, oft schon nach 6—8 Stunden, nachdem sie zunächst in den ersten 2—4 Stunden sowohl eine Vermehrung wie auch eine Zunahme ihrer Beweglichkeit gezeigt hatten. Interessant ist aber, daß in überhäuteten Primäraffekten im Reizserum nach Abschaben des Epithels sich Spirochäten fanden. Bezüglich der serologischen Reaktionen konnte eine wesentliche Beeinflussung bei längerer Beobachtung nicht festgestellt werden. Immerhin zwingen auch die Untersuchungen des Verf. vorläufig bei Verwendung von Stovarsol und Spirozid noch recht große Vorsicht und genaue Nachprüfung zu beobachten.

E. Langer-Berlin.

Das Stovarsol in der Syphilistherapie, von E. Lehner und E. Radnai. Hautabt. Budapester Graf-Albert-Apponyi-Polikl. (M. Kl., 1925, Nr. 9, S. 324—325.) Die Erfolge waren keine befriedigenden in 3 seronegativen Primär- und 3 Frühsekundärfällen. Spirochäten nach 4,0 Stovarsol am 5. Tage noch in jedem Falle vorhanden, verschwanden erst mit Überhäutung des Geschwüres. In einem seronegativen Primärfall wurde die WR nach 4,0 Stovarsol positiv. In den Sekundärfällen schwanden am schnellsten die subjektiven Allgemeinsymptome, dann die Schleimhaut-, am langsamsten die Hauterscheinungen. Die WR blieb stets gleichmäßig positiv. Gegeben wurden je 1,0 vier Tage lang, dann 3 Tage Pause, im ganzen 16 g. Nach diesen Erfahrungen kommt Stovarsol nur ausnahmsweise in Betracht, wenn Salvarsan indiziert, aus äußeren Gründen jedoch intravenöse Behandlung nicht durchführbar ist.

E. Levin-Berlin.

Über das Arsenobenzol-Präparat „Albert 102", nebst Bemerkungen zur Methodik der Spirochätenuntersuchung, von F. W. Oelze, Derm. Kl. Univ. Leipzig. (D. m. W., 1925, Nr. 8, S. 307.) Von 13 Pat. wurden nur 4 rasch spirochätenfrei. Meistens verschwanden die Spirochäten in der Zeit, die wir von der Salvarsantherapie kennen, überhaupt nicht. Im allgemeinen wurde die Zahl der Oberflächenspirochäten nach den Injektionen geringer, aber anschließend daran kam es zu üppigem Hervorwuchern neuer Spirochäten. Die sonstigen klinischen Erscheinungen gehen oft rasch zurück, heilen jedoch nicht völlig ab. Der Heilungsprozeß bleibt dann unverändert oder verschlimmert sich. Schließlich tritt langsam Abheilung (Spontanheilung?) ein. Über die Verträglichkeit des Mittels und die Wirkung auf die WR vermag Verf. noch kein Urteil abzugeben. Bezüglich Technik der Spirochätenuntersuchung verweist Verf. auf sein Buch und die von ihm angegebene Beobachtungskammer und empfiehlt die Entnahme des Untersuchungssubstrates nach Absaugung des Reizserums.

F. Harry-Wiesbaden.

Zur Chemotherapie der progressiven Paralyse, von B. Pfeifer-Nietleben. (M. m. W., 1925, Nr. 5, S. 174.) Versuche mit Albert 102. Im allgemeinen ward das Mittel gut vertragen. Doch kamen auch zum Teil bedenkliche und die Durchführung der Behandlung sehr erschwerende Nebenwirkungen vor. Die Wirkung auf die Psyche, auf die somatischen Paralysezeichen und auf die WR im Blut und Liquor war zum Teil sehr erheblich. Aber die Rezidive blieben nicht aus, so daß nur in 50% längere Remissionen zu verzeichnen sind. Das Mittel wirkt so „gut" wie Salvarsan. Es soll in Verbindung mit der Malariabehandlung zur Verwendung kommen.

A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

A Microscopic Study of Mercury Absorption from the Skin (Eine mikroskopische Studie der Quecksilberresorption von der Haut aus), von K. G. Zwick-Cincinnati. (J. Amer. m. Ass., 1925, Bd. 83, Nr. 23, S. 1821.) Die mikroskopische Untersuchung intakter tierischer Haut, auf welche Quecksilber in Form von Quecksilbersalbe appliziert wurde, zeigte 1. die Anwesenheit von Quecksilberpartikelchen in den Öffnungen und Ausführungsgängen der Talgdrüsen und in den Tiefen der Haarfollikel, hingegen 2. keinerlei Quecksilber in den intakten Epidermisschichten, die keine Bestandteile der Hautnebenorgane sind, und in der wirklichen Kutis. Aus diesen mikroskopischen Befunden ergeben sich folgende Schlüsse: Die Resorption von Quecksilber, welche auf die Einreibung von Tieren mit Quecksilbersalbe von der Haut aus erfolgt, vollzieht sich hauptsächlich aus den in den Poren abgelagerten Material, welche die Öffnungen der Haarfollikel und die Ausführungsgänge der Talgdrüsen umfassen. Die Hautresorption des Quecksilbers wird nicht in besonderem Maße beeinflußt, wenn man von der intakten Haut den Überschuß an Quecksilbersalbe, der während der Einreibung auf ihr abgelagert wird, entfernt, weil Quecksilber in die oder durch die unversehrte Epidermis nicht hineingelangt. Die bei der klassischen Schmierkur dem Pat. gegebene Vorschrift, den nach prolongierter Einreibung verbleibenden Salbenüberschuß nicht zu entfernen, erscheint daher überflüssig. M. Stern-München.

Twenty-seven Cases of Syphilis Treated by Intravenous Injections of Metallic Mercury (27 Fälle von Syphilis, mit intravenösen Einspritzungen von metallischem Quecksilber behandelt), von E. Almore, Gauvain u. A. M. Persky-Brooklyn, N. Y. (Med. J. and Record, 1925, Bd. 121, Nr. 5, S. 282—284.) Kolloidale, als Mercodel bezeichnete Quecksilberverbindung, die zusammen mit Glukose in Ampullen in den Handel kommt; Zubereitung mit destilliertem Wasser ergibt eine isotonische Lösung, die vor der Einspritzung geschüttelt und dann schnell injiziert werden muß. Thrombosen wurden in dieser Serie von Fällen nicht beobachtet, jedoch in einem anderen nach der 7. Einspritzung beiderseits. Stomatitis und Gingivitis traten in milder Form auf, Spuren von Albumin und Zylindern schwanden auch bei Fortsetzen der Behandlung. Es läßt sich bei dieser Methode eine größere Quecksilbermenge als bei Anwendung löslicher Salze in kürzerer Zeit einführen. Die Erscheinungen schwinden ebenso schnell wie bei anderen Methoden. E. Levin-Berlin.

Letale Quecksilberintoxikation nach einmaliger Novasurolinjektion, von F. Redlich, III. Med. Abt. Allg. Krkhs. Wien. (W. kl. W., 1925, Nr. 13, S. 359.) Ein 44jähr. Pat., der an tuberkulöser, exsudativer Pleuritis und Perikarditis litt, erhielt vom behandelnden Arzt eine einzige intravenöse Injektion von 1 ccm Novasurol zur Hebung der Diurese. Nach Auftreten einer schweren Stomatitis, einer ulzerösen Enteritis, einer eitrigen Pyelitis und konsekutiver Darmlähmung kam er post operationem ad exitum. Besondere Disposition ist bei der minimalen Hg-Menge anzunehmen, zumal Kontraindikationen gegen Novarsurol nicht bestanden. Es können also nach Novarsurol intravenös schwere anatomische Veränderungen entstehen, weshalb in jedem Falle vorsichtigste Anfangsdosierung am Platze ist. Nach Saxl ist in schwierigen Fällen Vorbehandlung mit Digitalispräparaten erforderlich. H. Lippert-Köln.

Mesurol in der Syphilisbehandlung, von Fr. Schmidt-Augsburg. (D. m. W., 1925, Nr. 8, S. 319.) Empfehlung des genannten Mittels zur Syphilisbehandlung. In der 1. Woche verabreicht Verf. 2mal Salvarsan und 1mal Mesurol, in der 2. Woche 2mal Salv. und 2mal Mesurol, in der 3. und 4. Woche 3mal nur Mesurol, in der 5. Woche 2mal Salv. und 2mal Mesurol, in der 6. Woche 1mal Salv. und 3mal Mesurol und fernerhin bis zum Umschlag der WR nur Mesurol 2—3mal wöchentlich. Die WR wurde durchschnittlich nach 20 Mesurolspritzen negativ. F. Harry-Wiesbaden.

Läßt sich die Spirochaeta pallida an Wismut gewöhnen? von G. Giemsa, Inst. f. Schiffs- u. Tropenkrht. Hamburg. (M. m. W., 1925, Nr. 10, S. 377.) Die an Kaninchen mit subtherapeutischen, allmählich gesteigerten Dosen von Wismut (Natriumtribismutyltartrat) angestellten Versuche ließen zwar eine absolute Wismutfestigkeit der Spirochätenstämme nicht erzielen; jenseits einer gewissen Menge trat immer eine Heilwirkung ein. Doch scheint eine begrenzte Wismutangewöhnung sich erzielen zu lassen, die dann bei weiteren Übertragungen erhalten bleibt. Von lange behandelten Wismuttieren abgeimpfte Kaninchen bekamen auffallend schnell sehr große Schanker, welche ungewöhnlich lange Spirochäten enthielten. A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Ein neues Anwendungsgebiet der Wismutsalze als Diuretika, von W. Robitschek, I. Med. Abt. Krkh. Wieden in Wien. (M. Kl., 1925, Nr. 17, S. 626—627.) Die diuretische Wirkung wurde zuerst zufällig bei Spirobismol beobachtet, dann auch bei Bismosalvan, Bismoluol, Bismuto-Yatren festgestellt. E. Levin-Berlin.

Zur Wismutbehandlung der Syphilis, von Steegmüller-Mannheim. (Kl. W., 1925, Nr. 14, S. 650.) Verf. hat an einem größeren Material das Olesal, besonders aber das Nadisan, erprobt, und rühmt an letzterem seine günstige, anderen Wismutpräparaten angeblich vielfach überlegene Wirkung. Es soll sich dieses Präparat gerade vor allem bei der kongenitalen Lues sehr bewährt haben. Auch der Einfluß auf die metasyphilitischen Symptome soll sehr befriedigend sein. Die Verträglichkeit wird als gut angegeben, Nebenwirkungen sind nur in geringem Grade aufgetreten. Beeinflussung der Spirochäten und der serologischen Reaktionen war gut.
E. Langer-Berlin.

De l'emploi du bismuth dans le traitement de la syphilis (Über die Anwendung des Wismuts in der Behandlung der Syphilis), von G. Cornes-Lausanne. (Rev. Suisse rom., 1925, Jahrg. 45, Nr. 2, S. 92.) Aufzählung der in Frankreich seit dem dreijährigen Bestehen der Wismuttherapie eingebürgerten löslichen und unlöslichen Präparate. Experimentelle Prüfung an Huhn und Hund ergab, daß intramuskuläre Einverleibung halb so toxisch, aber doppelt so wirksam ist als intravenöse. Trepol ist zu schmerzhaft, Verf. verwendet das Präparat von Hoffmann-Laroche. Hiervon 10—15 cg Bi, im ganzen 10 Injektionen für tertiäre Lues, sonst mehr. Wirkung langsamer als Neosalvarsan. Ohne Not nie Bismut allein geben, besonders nie in den Anfangsstadien. Domäne des Wismut das Sekundärstadium. Zwei absolute Indikationen sind der Ikterus e Lue oder e Salvarsano und Intoleranz oder Resistenz gegenüber Salvarsan. Bevorzugung des Bi bei Lues der Gefäße, Aortitis, Aneurysma aortae wegen seiner Ungefährlichkeit. WR langsam beeinflußt. Nebenwirkungen vermeidbar. Leber und Nieren werden nicht geschädigt. Nach Verf. wird Hg durch Bi allmählich ganz verdrängt werden. H. Lippert-Köln a. Rh.

Bismuto-terapia nella Sifilide congenita (Wismuttherapie bei hereditärer Lues), von Giona Nardi-Vicenza. (Riforma med., 1925, Nr. 8.) Verf. hat 20 Kinder im Alter von 2 Monaten bis zu 4 Jahren mit Bismarsol (Natriumwismutarseniat) behandelt und konnte in 19 Fällen ein rasches Verschwinden der spezifischen Manifestationen feststellen. Er wandte 2 ccm des Mittels 12—15mal hintereinander an, und zwar in Intervallen von 5—6 Tagen. Herxheimer-Reaktion wurde im Gegensatze zu den Erfahrungen bei Wismutkuren Erwachsener in keinem einzigen der Fälle beobachtet. A. Löffler-Triest.

Über die Behandlung der Lues congenita mit Wismut (Spirobismol), von S. Levy u. E. Selter, Univ.-Kinderkl. Frankfurt a. M. (Arch. f. Kindhlk., 1925, Bd. 75, H. 4, S. 241—254, 281—301.) Spirobismol wurde gewählt, da es durch seine chemische Zusammensetzung außer Wismut noch Jod und Chinin als antiluetische Mittel enthält. Dosierung für Säuglinge und Kleinkind: pro Kilogramm Körpergewicht, pro Kur 1,0 ccm Spirobismol = 30 mg Wismut. Beginn mit 0,1 ccm Spirobismol, allmählich steigern bis 0,4 bzw. 0,5 ccm bei einem 6monat. Kinde, bei einem 1jähr. Kinde bis 0,7 ccm. Bei 10jähr. Pat. 1,0—1,2 ccm Spirobismol als höchste Einzeldosis. In der Woche zwei Spritzen Spirobismol und eine Spritze Neosalvarsan. Bei schwächlichen Säuglingen in den ersten 14 Tagen nur Wismut. Bei der zweiten und dritten Kur, bei Kindern ohne klinische und serologische Symptome, reine Wismutbehandlung. An Hand der 19 mit Spirobismol behandelten Fälle kommen die Verff. zu folgendem Ergebnis: In keinem Falle wurden Infiltrate und Abszesse beobachtet. Schmerzhaftigkeit gering, bei guter Verträglichkeit. Die Hauteruptionen verschwinden etwas langsamer als nach kombinierter Quecksilbersalvarsanbehandlung, aber meist in den ersten 8 Tagen. Negativwerden der serologischen Reaktionen durchschnittlich am Ende einer Kur von etwa 3 Monaten Dauer. Gelingt dies nicht, so meist am Ende der zweiten Kur. Nierenschädigungen kamen nicht vor. Wohl aber nach den ersten Injektionen Auftreten von hyalinen, vereinzelt auch granulierten Zylindern, die nach 2—3 Tagen verschwanden. Sie sind als lokale Herxheimersche Reaktion zu deuten. Im Blute geringgradige Besserung des Hämoglobingehalts und Vermehrung der polynukleären Leukozyten. „Das zugeführte Wismut passiert in zwei Schüben den Körper, wohl infolge der Zusammensetzung des Spirobismols aus einem löslichen und unlöslichen Wismutsalz. Dadurch kommt es einerseits zu einer raschen, andererseits zu einer länger anhaltenden Wirkung des Bi,

Digitized by Google

da immer kleine Mengen Bi auf dem Wege durch den Körper sind. Das Wismut erreicht auf seinem Wege durch den Körper fast sämtliche Organe und führt erst in verhältnismäßig hohen Dosen zu einer Organschädigung. Eine diuretische Wirkung des Wismuts konnten wir nicht sicher feststellen. Die Höhe der Ausscheidung steigt nicht mit der Höhe der zugeführten Mengen an, sondern hält sich innerhalb gewisser Grenzen. Das Wismut geht in die Milch stillender Mütter sowie in die Plazenta und auf die Föten trächtiger Tiere über." R. Ley-Kreuznach.

Über die Verträglichkeit verschiedener Wismutpräparate bei Lues des Zentralnervensystems, von A. Dannhauser, Städt. Krankh. Frankfurt a. M. (M. m. W., 1925, Nr. 12, S. 471.) Besonders gut vertragen wurden Bismogenol, Mesurol, Casbis, Bismophan, gut auch Bismarsan und Sorbismal. Bismuto-Yatren B, Nadisan, Milanol riefen gern starke Schmerzen an der Injektionsstelle hervor, einmal auch Olesal; Wismut-Diasporal mehrmals Erbrechen, Übelkeit und starke Zahnschmerzen.
A. v. Notthafft-München.

Intramuskuläre oder intravenöse Wismutinjektionen? von E. Hachez-Unna. (D. m. W., 1925, Nr. 10, S. 400.) Die Frage, welche von beiden Applikationsarten den Vorzug verdient, kann generell für das Wismut nicht ohne weiteres beantwortet werden. Da das Wismut eine Mittelstellung zwischen Salvarsan und Quecksilber einnimmt, wird man sich dort, wo es Salvarsan ersetzen soll, für die intravenöse Injektion entscheiden, um eine direkte spirillozide Wirkung und schlagartige Sterilisation des Infektionserregers herbeizuführen. Will man Dauerwirkungen erzielen, so wird man die intramuskuläre Injektion wählen. In bekannten Fällen wird die kombinierte Darreichung zweckmäßig sein, so z. B. bei der älteren Syphilis II. Für die intravenöse Injektion empfiehlt Verf. Bismuto-Yatren und Salluen, letzteres auch für intramuskuläre Applikation. Salluen stellt insofern eine Neuerung dar, als es nicht nach stöchiometrischen Verhältnissen aufgebaut ist, sondern eine Adsorptionsverbindung des kolloidalen Wismuts an einen nicht eiweißhaltigen organischen Kolloidkomplex darstellt. Diese Adsorption löst sich erst relativ langsam. Will man jedoch eine besonders starke Dauerwirkung erzielen, so wird man das intramuskulär angewandte Salluen durch eine ölige Suspension ersetzen.
F. Harry-Wiesbaden.

Fehlschläge bei der Behandlung der Syphilis mit Wismutpräparaten, von E. Eisner-Hindenburg. (D. m. W., 1925, Nr. 7, S. 273.) Verf. führt 5 Fälle an, bei denen Bismogenol versagt hat. Erst durch Salvarsan konnten die Spirochäten zum Schwinden gebracht werden. Mit Spirobismol dagegen hat Verf. recht günstige Resultate erzielt. Zur Entnahme von Reizserum verwendet Verf. einen Ohrentrichter, dessen Größe der des Geschwürs angepaßt ist, fügt an das obere Ende einen mit Quetschhahn armierten Gummischlauch, dessen freies Ende mit einer Janetspritze verbunden wird. F. Harry-Wiesbaden.

Über Hautschädigung nach Bismogenolbehandlung, von W. Kerl, Univ.-Kl. f. Derm. u. Syph. Wien. (W. m. W., 1925, Nr. 6, S. 352.) Während im allgemeinen von allen Verff., die deutsche Wismutpräparate benutzten, hervorgehoben wurde, daß keine oder nur leichte Hautschädigungen danach vorkommen, hat Verf. bei einem 64jähr. Manne im Verlaufe einer reinen Wismutkur mit Bismogenol eine schwere Dermatitis mit Nässen, Temperatursteigerungen und Abszedierungen auftreten sehen. Im großen und ganzen sieht das Krankheitsbild den Hg-Dermatitiden sehr ähnlich in Lokalisation, Ausdehnung und Verlauf. Auch aus diesem Krankenblatt scheint wieder die Tatsache ersichtlich, daß nach Injektionen auftretende Hauterscheinungen unbeachtet gelassen werden, bis schließlich unter der weiteren Behandlung schwerste Symptome eintreten. So zeigte der in Frage kommende Pat. bereits nach der 7. bis 8. Injektion dermatitische Symptome; trotzdem wurde er bis zum Ende der Kur weiterbehandelt. E. Langer-Berlin.

Über Wismutablagerungen in der Schleimhaut der Zunge und Wange nach Bismogenolbehandlung, von A. Klare, Derm. Abt. Städt. Krkhs. Nürnberg. (M. m. W., 1924, Nr. 49, S. 1722.) Zwei Fälle, welche abgesehen von Wismutsaum des Zahnfleisches Einlagerung von schwarzem Wismutsulfid in die Kapillaren von Zunge und Magenschleimhaut und die Zungenpapillen zeigten. Keine entzündlichen Veränderungen. A. v. Notthafft-München.

Weitere Ergebnisse der ausschließlichen Bismogenolbehandlung der Syphilis, von F. Lauterbach. Dermat. Abt. allg. Krankenh. St. Georg Hamburg. (M. m. W., 1925, Nr. 13, S. 514.) Dreimal wöchentlich 1 ccm Bismogenol. Eine Kur = 16 Ein-

Digitized by Google

spritzungen. Im Jahre drei Kuren. Wenn nach eingetretener negativer WR und zwei in Abständen von 6—8 Wochen sich folgenden Kuren die WR immer negativ geblieben war, wurde die Behandlung abgebrochen. $^4/_5$ der Fälle wurden völlig negativ. Nicht ganz $^1/_5$ gebessert. Besonders auffallend ist der Einfluß des Mittels auf Lues II. A. v. Notthafft-München.

Bismocoral zur Behandlung der Syphilis, von Lass-Odessa. (Wratschebnoje Delo, 1925, Nr. 4.) Die Einspritzungen von Bismocoral sind schmerzlos und werden von keinen Nebenerscheinungen begleitet. Es wirkt zwar langsam, aber energischer als einige andere Bi-Präparate, so z. B. das Trépol. Bismocoralfeste Fälle erweisen sich auch als arsenfest. A. Jordan-Moskau.

Unsere Erfahrungen über Bismuto-Yatren, von C. Schumacher u. K. W. Spatz, Derm. Kl. München. (M. m. W., 1924, Nr. 52, S. 1819.) Nicht gerade sehr glänzende Einwirkung auf die Spirochäten und die klinischen Erscheinungen; auch die Beeinflussung der WR nur „im allgemeinen gut". Die Erfolge der intramuskulär-endovenösen Wismutanwendung sind besser als die der rein intramuskulären. Die Nebenerscheinungen sind mit Ausnahme der bekannten, sehr häufigen und recht unangenehmen Zahnschmerzen sehr gering. Verff. empfehlen die Methode als gefahrlos, wirksam und für den Pat. bequem für die Fälle, in welchen Salvarsan nicht angewendet werden kann. A. v. Notthafft-München.

Bestimmung des Wismuts im Harn, von G. N. Grinblatt. (Wiss. Sitzung des staatl. venerolog. Instituts 24. I. 1925, Moskau.) 50 ccm Harn werden mit einem erbsengroßen Stück Thiosulfat und 20 Tropfen 30%iger Essigsäure im Kolben versetzt und 2—3 Minuten gekocht. Nach dem Abkühlen wird zentrifugiert, die Flüssigkeit vom Niederschlag abgegossen und der Niederschlag mit 2 Tropfen Salpetersäure (1,2 spez. Gew.) versetzt und fast zur Trockne auf offener Flamme verdampft. Ein Tropfen konz. Schwefelsäure wird zugeführt und von neuem zur Trockne abgedampft. Mit 10 Tropfen H_2O versetzt, 1 Minute gekocht, bis 1 ccm mit Wasser verdünnt und nochmals 2—3mal aufgekocht. Nach dem Abkühlen wird mit 1 Tropfen 30%iger Essigsäure angesäuert, 1 Tropfen JK-Lösung ($IKJ + 2H_2O$) und 1 Messerspitze Chinin zugegeben. Die Anwesenheit des Wismuts zeigt sich durch eine orange Färbung der Flüssigkeit. Beim Stehen oder Zentrifugieren fällt das gebildete Bismut-Jod-Chinin aus. Die Lösung wird mit Äther überschichtet und einige Tropfen Alkohol zugegeben. Es entsteht an der Grenzfläche ein orange gefärbter Ring. Bei Zugabe von mehr Alkohol geht das Wismut-Jod-Chinin in die Äther-Alkoholschicht über. Dieselbe wird durch Zugabe von 1%iger alkoholischer Lösung von Sublimat entfärbt. Nach der erforderlichen Zahl der Tropfen des Sublimats bis zur Entfärbung der abgeschobenen Äther-Alkoholschicht kann man ungefähr auf die Menge des Wismuts schließen. Es wurden an 100 Analysen ausgeführt und folgende Resultate erhalten. 1. Arsen und Quecksilber beeinflussen die Reaktion nicht. 2. Bei intramuskulärer Anwendung von Weinsäure-Wismutverbindungen sowie von Chinin-Jod-Wismut zeigt sich Wismut nur nach einigen Tagen im Harn. Bei Anwendung von „Diasporal" (Glukose-Wismut-Natrium) intravenös schon nach einer halben Stunde. 3. In allen Fällen der Anwesenheit von Wismutzellen (siehe „Dermatologie und Venerologie", 1924, Nr. 3, „Zur Frage der Mikroskopie und Mikrochemie der Niederschläge im Harn bei der Wismuttherapie", von G. N. Grinblatt) wurde Wismut gefunden. Der Gehalt an Wismut erklärt die Braunfärbung der Zellen sowie der Schimmelpilze durch den Schwefelwasserstoff des faulenden Harns. Die Methode beruht auf der Zersetzung der Wismut-Eiweißverbindungen im Harn durch die gleichzeitige Einwirkung des Schwefels in statu nascendi, der Bi_2S_3 bildet, sowie der gleichfalls aus Thiosulfat in saurer Lösung entstehenden schwefligen Säure, die einerseits reduzierend wirkt und anderenfalls eine große Affinität zur Amidogruppe zeigt. Schwefelsauerstoff als solcher ist nicht imstande eine gleich intensive Wirkung auszuüben. Die Analyse nimmt etwa $^1/_2$ Stunde in Anspruch und weist sehr kleine Mengen Wismut nach. Noch nach 15 Tagen, nach einer einmaligen Injektion von 1 g 10%iger Wismut-Jod-Chininölsuspension, entsprechend 0,02 Bi, ist die Reaktion positiv. G. Kirchhoff-Moskau.

Über Dijodyl und die Frage der Überdosierung von Jod, von Neumann-Berlin. (M. Kl., 1925, Nr. 17, S. 631.) Bei Dijodyl genügen kleine Dosen (2—3mal täglich 0,15), dadurch werden die sonst störenden Nebenwirkungen des Jods vermieden. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Experimentelle Untersuchungen über das Decoctum Zittmanni, von F. Lasch u. A. Perutz, Pharm. Inst. Univ. Wien. (W. kl. W., 1925, Nr. 15, S. 407.) Siehe Derm. W., Bd. 80, S. 579.

Jahresbericht über die Malariabehandlung der progressiven Paralyse an der Deutschen Psychiatrischen Klinik in Prag im Jahre 1924, von G. Herrmann, Dtsch. Psych. Klin. Prag. (M. Kl., 1925, Nr. 11, S. 395—398.) In Verfolg früherer Anregung wurde das Material zwecks besserer Beurteilung der Erfolge in zwei Gruppen (A: Anfangsparalytiker nach den ersten Anfällen, manische und einfach demente Formen, alle im Initialstadium; B: weit vorgeschrittene senile, juvenile und galoppierende Formen) gesondert. Im allgemeinen zeigen Paralytiker mit längerer Krankheitsdauer eine um so größere Liquormenge gegenüber der Norm von ungefähr 100 ccm; eine solche größere Menge schließt eine günstige Prognose aus, jedoch ist diese auch nicht auf jeden Fall bei geringerer Liquormenge gegeben, da noch zahlreiche andere Momente mitsprechen. Die Fälle der Kategorie A zeigten die nur durch besondere Umstände etwas verminderte Zahl von 100% als Heilung imponierender Besserungen. Die vorkommenden Malariaschädigungen sind sehr gering. Die Besserungen traten, im Gegensatz zu in Rom gemachten Beobachtungen, erst im Laufe von Wochen und Monaten nach Abschluß der Malariabehandlung ein. Es wird jetzt die intravenöse Überimpfung bevorzugt. Trat nach der üblichen Inkubationszeit kein Fieber auf, so kamen Provokationen (bes. Milchinjektionen) zur Anwendung. Die Impfmalaria kann ebenso wie die natürliche spontan abheilen, doch kam einmal ein Rezidiv (hämolytischer Ikterus) zur Beobachtung. Bei allen Fällen, die nach Malariabehandlung in die paranoide oder halluzinatorische Form übergingen, fand sich im Röntgenbilde besonders starke Atrophie der Schläfenlappen. Es entspricht jedoch diese Form nicht der gewöhnlichen Schläfenlappenparalyse, vielmehr scheint es sich hier um eine abgeschwächte Wirkung des Virus, eine Umwandlung des paralytischen Prozesses zu handeln. E. Levin-Berlin.

Beobachtungen bei Paralytikermalaria, von A. Plehn. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1925, Bd. 29, Nr. 2, S. 56—65.) Dreijährige Beobachtungen und Nachuntersuchungen von 78 mit Malaria infizierten Paralytikern in bezug auf die Heilung der Malaria. Die Infektion verläuft individuell. Fieber tritt entgegen bisheriger Anschauung ein, wenn die Parasiten in der Zirkulation erscheinen. Allgemein gilt der Satz, daß die Malaria beim Paralytiker in nicht vorauszusehender Weise atypisch und schwer verläuft. Oft mußte vorzeitig abgebrochen werden. In 63 von 71 Fällen fehlten die Parasiten bis zum Fieberbeginn vollständig. Beim Ausbruch des ersten Fiebers sind stets im peripheren Blut Bläschen (früher Ringe genannt) vorhanden, deren Entstehen und Übertreten ins Blut erst das Fieber hervorruft. Die Chininwirkung stelle man sich so vor, daß in den chininspeichernden Organen, z. B. den Nebennieren, ein Teil der Parasiten vernichtet und damit Antikörperbildung auch anderwärts angeregt wird. Da sonach die Chininbehandlung eine Reizbehandlung ist, ergibt sich die Gabengröße von selbst. Übermäßiger Chiningebrauch ist schädlich und unwirksam, die Einzelgabe schwankt zwischen ½ und 2 g pro die. Die Paralytiker erhielten zur Heilung der Malaria 1,2 g an zwei aufeinanderfolgenden Tagen und am dritten 0,6 g Chinin. bimur. intramuskulär. Rückfälle wurden nicht beobachtet, und die Untersuchung der zehn später zur Sektion Gekommenen hat keine Parasiten mehr finden lassen. Die Tertiana wurde regelmäßig endgültig beseitigt, bei der Tropika zog Verf. die Rezidivprophylaxe vor. Die Heilungsergebnisse bezüglich der Paralyse werden in dieser Arbeit nicht besprochen.

H. Lippert-Köln a. Rh.

The Treatment of Paresis by Malarial Infection (Die Behandlung der Paralyse mit Malariainfektion), von G. B. Lake-Chicago. (M. Record, 1925, Bd. 121, Nr. 7, S. 415—417.) Literaturübersicht. Bei der Hoffnungslosigkeit der Erkrankung und der Nutzlosigkeit jeder früheren Behandlungsmethode muß das Risiko einer eventuellen Verkürzung des auch so verlorenen Lebens in Kauf genommen werden.

E. Levin-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 38 (Bd. 81) 19. September 1925

Ein Fall von prämykotischem Erythem im Beginn mit histologischer Untersuchung einer frischen erythematösen Läsion; Behandlung mit intravenösen Bromnatrium-Einspritzungen.

Von

Dr. Menahem Hodara und Dr. Gassin.

(Aus dem Französischen übersetzt von Dr. Ernst Levin in Berlin.)

Da die histologischen Untersuchungen frischer Läsionen von prämykotischem Erythem an Zahl noch sehr gering sind, schien es uns nicht ohne Interesse zu sein, diesen Fall zu veröffentlichen.

Frau B., 40 Jahre alt, sahen wir zum ersten Male vor 3 Monaten, im Januar 1925, im Bett, mit einem roten, leicht ödematösen, fast handflächengroßen erythematösen Fleck an dem oberen Abschnitt der Innenfläche des linken Schenkels. Die Kranke klagte über heftige Anfälle von Jucken, die sich mehrmals am Tage wiederholten, über ein Gefühl von Brennen und Stechen, das ihr Schlaflosigkeit verursachte. Im Anfang glaubten wir es mit einem einfachen Plaque von beginnender Neurodermitis zu tun zu haben und verordneten leicht alkoholische antipruriginöse Waschungen mit Chloral, Thymol, Menthol usw., Atropin in ganz kleinen Dosen innerlich, laktovegetarische Diät. Der therapeutische Effekt dieser Behandlung war gleich Null, im Gegenteil, nach einigen Tagen erschien symmetrisch im oberen Abschnitt des rechten Schenkels ein neuer analoger, stark juckender, erythematöser Plaque; die Krankheit schritt trotz der erwähnten Behandlung fort, die Unterarme bedeckten sich auf beiden Seiten symmetrisch in gleicher Weise mit roten erythematösen Flecken, und es erschienen dann neue Plaques an Thorax, Rücken, Bauch, Hals, Gesicht und Stirn, und die Kranke mußte in ein Krankenhaus gebracht werden. In den ersten Wochen des Krankenhausaufenthaltes schritt die Krankheit noch weiter fort, und das Erythem wurde fast zu einem generalisierten; in der Tat sah man vom behaarten Kopfe bis zu den beiden Knien symmetrisch am ganzen oberen Abschnitt des Körpers, Stirn, Gesicht, Hals, Thorax, Rücken, Bauch, beiden Schenkeln eine gleichmäßige rote, erythematöse Oberfläche mit feiner, kleienförmiger Schuppung, ganz vom Aussehen der Mischform von prämykotischem Erythem und seborrhoischem Ekzem, die Unna auf Seite 506 seiner Histopathologie beschrieben hat, und die nach ihm eine der am häufigsten beobachteten Anfangsformen des prämykotischen Erythems ist. Im unteren Abschnitt der Schenkel begrenzte sich das Erythem beiderseits symmetrisch gegen die gesunde Haut mit einem scharfen Rande, die Beine waren in diesem Augenblick frei; aber von Zeit zu Zeit zwang ein heftiger Anfall von Jucken die Kranke, die anscheinend völlig gesunde und weiße Haut der Vorderfläche der Beine zu zerkratzen, wo man dann tiefe Schrunden als Folgen dieser intensiven Anfälle von Jucken bemerkte. Das Wesentliche der Krankheit war das starke Jucken; in den ersten Wochen des Krankenhausaufenthaltes empfand die Kranke die Anfälle von allgemeinem Jucken und Stechen so stark, daß man ihr große Dosen von Veronal geben mußte, um zu versuchen, die durch das Jucken und Stechen verursachte Schlaflosigkeit zu bekämpfen.

Während dieser ersten Wochen im Krankenhaus gab man der Kranken unter anderem auch einige heiße beruhigende Duschen, jedoch ohne jeden nennenswerten Erfolg, im Gegenteil, die Kranke beklagte sich immer wieder über unregelmäßig auftretende

Digitized by Google

Anfälle von Jucken und Stechen. Zu dieser Zeit wurde eine hämatologische Untersuchung ausgeführt und von dem erythematösen Plaque an der Innenfläche des einen Schenkels ein Stück zur histologischen Untersuchung entnommen.

Die hämatologische Untersuchung ergab folgendes Resultat:

Rote Blutkörperchen . . .	3500000
Weiße Blutkörperchen . .	8800
Hämoglobin	70,00%
Neutrophile Polynukleäre	71,30%
Lymphozyten	20,02%
Mononukleäre	1,10%
Eosinophile	7,40%

Es fand sich also bei dieser Untersuchung eine Verminderung der roten Blutkörperchen und des Hämoglobins, eine Vermehrung der Eosinophilen und in sehr geringem Maße der Leukozyten. Dieses Ergebnis wurde häufig in den Anfangsstadien des prämykotischen Erythems beobachtet. Da, wie gesagt, in den ersten Wochen des Krankenhausaufenthaltes die Oberfläche des Körpers vom behaarten Kopf bis zu den Knien in ganzer Ausdehnung rot, erythematös, leicht schuppend war, und die erwähnte Behandlung gegen die Anfälle von Jucken und Stechen so gut wie keinen Nutzen brachte, dachten wir daran, die Behandlung von Leidler mit intravenösen Einspritzungen von Bromnatrium in 10%iger physiologischer, steriler Lösung zu versuchen. Wir begannen mit einer Einspritzung von 5 ccm, d. h. 0,5 g Bromnatrium, und injizierten dann alle 2 Tage intravenös 10 ccm, d. h. 1,0 g Bromnatrium, im ganzen wurden 5—6 Einspritzungen gemacht. Der Erfolg war bemerkenswert; schon nach der 2. und 3. Einspritzung war ein rapider Rückgang und Besserung des Erythems festzustellen und nach der 6. Einspritzung war die ganze Eruption fast völlig geschwunden. Die ganze Haut an Stirn, Gesicht, Rumpf, Abdomen, Schenkeln war fast überall weiß und von normalem Aussehen geworden. Das Jucken und Stechen hatte sich bedeutend vermindert und war fast geschwunden. Es ist unbestreitbar, daß die Behandlung mit intravenösen Bromnatriumeinspritzungen sehr günstig auf die Affektion gewirkt hat, aber, da es in dem Verlaufe des prämykotischen Erythems häufig scheinbare Heilungen gibt, die von neuen Ausbrüchen gefolgt werden, können wir schwer mit Bestimmtheit sagen, ob diese scheinbare Heilung eine Folge der Bromnatriumeinspritzungen war, oder ob es sich nicht um einen spontanen Rückgang der Krankheit handelte. Nach dieser scheinbaren Heilung beklagte sich die Kranke in gleicher Weise von Zeit zu Zeit über geringe Anfälle von Jucken und Stechen, abwechselnd mit Ruhe und Wohlbefinden. Außer den intravenösen Bromnatrium-Einspritzungen wurden, als die Kranke bereits wesentlich gebessert war, auch noch im Krankenhause einige Bestrahlungen bezirksweise auf die verschiedenen Teile des Körpers und besonders auf die vorher von dem Erythem befallenen Stellen verabfolgt.

Nach einem Aufenthalte von 52 Tagen verließ die Kranke das Krankenhaus in einem Zustande scheinbarer Heilung. Wir setzten ihre Beobachtung noch einen Monat in unserer Sprechstunde fort, in die sie täglich oder alle 2 bis 3 Tage kam. Während dieses dritten Monats bestand die Krankheit, jedoch in einem unvergleichlich leichteren Grade fort; die Kranke hatte Tage, an denen kleine Ausbrüche des Erythems auftraten, immer nach vorhergehenden kleinen Anfällen von Jucken, aber mit dem Unterschiede, daß während dieses dritten Monats die Erscheinungen des Erythems sehr schnell, innerhalb weniger Stunden oder wenigstens in 1 bis 2 Tagen, schwanden, ebenso auch die Anfälle von Jucken, um jedoch nach 1 bis 2 Tagen Ruhe von neuem zu beginnen. Während dieses ganzen Monats erhielt die Kranke alle 2 bis 3 Tage eine Bestrahlung, und wenn Erythem mit lästigem Jucken auftrat, außerdem eine weitere intravenöse Bromnatriumeinspritzung. Im ganzen wurden während dieser 3 Monate 9 Einspritzungen und 14 Bestrahlungen an verschiedenen Stellen gemacht. Trotzdem hatte die Kranke nicht 3 Tage hintereinander völlige Ruhe; bald erschien das Erythem am Rumpf, unterhalb der Mammagegend, bald an den Unterarmen oder den Schenkeln, einmal auch ein leichter Ausbruch an einem Bein, immer nach voraufgehendem Jucken. Wie bereits gesagt, dauerten die Erythemausbrüche nicht länger als 1 bis 2 Tage, bisweilen verschwanden sie in einigen Stunden. Sie waren bisweilen sehr leicht unter der Form von kleinen erythematösen Flecken, die schnell schwanden; einmal jedoch kam die Kranke mit einer ödematösen Schwellung und erythematösen Rötung der rechten Gesichtshälfte, wie ein erysipelatoider Zustand, gleichfalls nach voraufgegangenem Jucken.

Digitized by Google

Nach 2 Tagen war der erysipelatoide Zustand völlig geschwunden; 2 Tage später wurde die linke Gesichtshälfte rot, erythematös, leicht ödematös, die Erscheinungen schwanden ebenfalls wieder nach 1 bis 2 Tagen. 3 Tage später mußte die Kranke sich ins Bett legen infolge eines erysipelatoiden Zustandes des ganzen Gesichtes mit Schwellung der Augenlider, das Gesicht rot, erythematös und ödematös; diesmal dauerte der Ausbruch 4 Tage und der erysipelatoide Zustand schwand vollkommen. Nach 1 oder 2 Tagen Ruhe klagte die Kranke von neuem über Jucken während der ganzen Nacht und Auftreten von erythematösen Flecken; am folgenden Tage ist alles fast geschwunden. Am häufigsten wurden die oberen Extremitäten, Unterarme und Schenkel von dem wiederholten Auftreten der erythematösen, ödematösen Effloreszenzen mit nachfolgender kleienförmiger Abschuppung betroffen. Ferner fanden sich die Achseldrüsen stärker geschwollen, ebenso die Drüsen am Ellenbogen, während sie am Halse noch nicht sichtlich vergrößert waren.

Dieses 3 Monate hindurch beobachtete klinische Bild, bestehend in Anfällen von Jucken und Stechen mit multiplen erythematösen, zuerst umschriebenen, dann fast ganz allgemeinen, einige Wochen andauernden Eruptionen, gefolgt von Zeiten der Besserung, der Rückbildung und einer einige Tage anhaltenden Scheinheilung, dann wieder von neuem auftretenden kleinen Anfällen von Jucken und umschriebenen erythematösen Ausbrüchen, die schnell schwanden und sich unaufhörlich nach einer Ruhepause von 1 oder 2 Tagen erneuerten; diese erythematösen Eruptionen, bald ganz leicht, bald viel ausgesprochener bis zu erysipelatoiden Formen, denen überdies regelmäßig Jucken voranging; ferner die hämatologische Untersuchung, mit dem Ergebnisse einer Verminderung der roten Blutkörperchen, einer Vermehrung der Eosinophilen und in geringem Grade der Leukozyten; schließlich die regionäre Drüsenschwellung an Achseln und Ellenbogen, an den am meisten befallenen Gegenden — alles dies gab uns die Überzeugung, daß es sich um einen Fall von beginnendem prämykotischen Erythem handelte.

Wir möchten bei dieser Gelegenheit an einen Fall von prämykotischem Erythem oder vielmehr von prämykotischer Erythrodermie bei einer älteren Frau erinnern, den wir lange Jahre hindurch beobachtet und veröffentlicht haben. In diesem Falle hatten wir Ichthyol innerlich angewendet, 1 g täglich in 4 Kapseln, eine halbe Stunde nach jeder Mahlzeit. Der lange fortgesetzte innerliche Gebrauch von Ichthyol hatte in diesem Falle sehr günstig gewirkt. Wir möchten also bei dem prämykotischen Erythem den lange fortgesetzten innerlichen Gebrauch von Ichthyol empfehlen, sowie während der Anfälle von Jucken und Erythemeruptionen den Versuch mit eine Serie von intravenösen Bromnatriumeinspritzungen.

Histologische Untersuchung.

Epidermis.

Das Stratum corneum zeigt, allerdings nur stellenweise, normale Verhornung, an einzelnen Stellen leichte Hyperkeratose. Hier ist das Stratum granulosum sehr umfangreich, aus 3 bis 5 Reihen großer granulierter, sehr große und zahlreiche Keratohyalinkörnchen enthaltender Zellen zusammengesetzt. Darunter sieht man in der Stachelzellenschicht eine beträchtliche Akanthose, die Stachelzellen sind stark hypertrophisch mit viel Protoplasma und großen Kernen; in dieser Schicht leichtes inter- und intrazelluläres Ödem, die Zwischenräume zwischen den Zellen sind leicht dilatiert, die Kernhöhlen gleichfalls dilatiert, die Kerne von ödematösen Lücken umgeben. Die Epithelzapfen sind sehr breit und gegen die Kutis verlängert. Die Zahl der Zellenreihen ist um das Mehrfache beträchtlicher als in der Norm; man sieht sehr zahlreiche Mitosen in den Basalreihen. In dem größten Teil der Schnitte jedoch ist das Stratum corneum parakeratotisch, desquamierend, aus einer oder zwei Reihen ab-

Digitized by Google

geplatteter Kerne zusammengesetzt, stellenweise unter dem Bilde einer desquamierenden Schicht von mehreren Reihen parakeratotischer Zellen mit abgeplatteten Kernen, die einen guten Teil der Epidermis einnehmen. Darunter sieht man im Stratum granulosum das Keratohyalin im Begriff zu schwinden oder vollkommen geschwunden. An diesen Stellen ist der ödematöse Zustand der Stachelzellenschicht viel ausgesprochener, die interzellulären Zwischenräume sind stark dilatiert unter der Form breiter unregelmäßiger Kanäle oder breiter Zwischenräume oder Vakuolen, das intrazelluläre Ödem gleichfalls sehr ausgesprochen, die Kerne von großen ödematösen Lücken umgeben, stellenweise fast die ganze Kernhöhle von Ödem angefüllt, die Kerne zurückgedrängt oder abgeplattet in einem Winkel der Kernhöhle, im Begriff zu schwinden oder schon vollkommen geschwunden. Schließlich sieht man Gruppen stark ödematöser Zellen, deren Kerne geschwunden und deren Protoplasma homogenisiert ist, sich unter dem Bilde kleiner, homogener, ungefärbter Massen darstellend, stellenweise sieht man auch ödematöse Zellherde, deren Kerne komprimiert, verlängert, gestreckt, difformiert. Suprapapillär ist das Stratum spinosum stellenweise durch die gegen die Epidermis sehr verlängerten Papillen stark komprimiert, so daß gewissermaßen eine Ausbuchtung entsteht, in der die Schicht auf wenige Zellreihen reduziert ist. Das Ödem ist an einzelnen Stellen wenig beträchtlich, aber größtenteils ist die suprapapilläre Stachelzellenschicht stark ödematös und die ödematösen Zellen der Basalreihen sind durch das Ödem zersetzt. Man sieht in der ödematösen Stachelzellenschicht hier und da einen polynukleären Leukozyten im Begriff auszuwandern, oder auch stellenweise infiltrierende fusiforme, rundliche Kutiszellen, oder lymphozytäre Elemente an den Spitzen der verlängerten Papillen und papilläre Infiltrationszellen, die in die Reihen der basalen, ödematösen und zersetzten Stachelzellen eindringen und sich mit ihnen vermischen; man sieht jedoch hier weder Nester von isolierten Kutiszellen in der Epidermis, wie sie von Unna, Lebedde und anderen beschrieben worden sind, noch Lymphozytennester im oberen Abschnitt der Epidermis, wie sie Darier beschrieben hat.

Kutis:

In der Kutis und dem Papillarkörper sieht man eine Erweiterung des ganzen Gefäßnetzes von dem unteren Abschnitt der Kutis bis zu den Spitzen der Papillen. Stellenweise ist die Erweiterung in dem Lumen gewisser Gefäße stärker ausgeprägt, besonders in dem subpapillären Gefäßnetz, wo man Gefäße sieht, deren Lumen bis aufs äußerste dilatiert ist. In der ganzen Kutis besteht Ödem, besonders ausgeprägt im Papillarkörper und den Papillen; die Zwischenräume und die Lymphgefäße sind gleichfalls stark dilatiert. In den dilatierten Gefäßen sieht man kleine partielle Thrombosen, in einzelnen ganz kleinen dilatierten Gefäßen bisweilen völlige kleine Thrombosen von angehäuften polynukleären Leukozyten, das ganze dilatierte Lumen der kleinen Gefäße anfüllend; in einem ungeheuer dilatierten Lumen des subpapillären Netzes eine partielle fibrinöse, fibrilläre und granulierte Thrombose mit einigen Leukozyten, die Hälfte des dilatierten Lumens einnehmend, und stellenweise in dem dilatierten Lumen auch einige Lymphozyten. An allen Gefäßen vom unteren

Digitized by Google

und mittleren Abschnitt der Kutis bis zu den Kapillaren sind die Wandungen durch eine Proliferation perithelialer Zellen mit stäbchenförmigen Kernen verdickt, die in mehr oder weniger zahlreichen parallelen Reihen angeordnet sind. In dem subpapillären und papillären Gewebe sieht man eine ausgesprochene Proliferation der Bindegewebszellen, die im mittleren und unteren Teil der Kutis unbedeutend ist. Außerdem findet sich eine perivaskuläre Zellinfiltration an dem ganzen Gefäßnetz von dem unteren Abschnitt der Kutis bis zum Gipfel der Kapillaren. Diese perivaskuläre Zellinfiltration besteht zum großen Teil aus verlängerten Kernen, zum Teil aus rundlichen, mittelgroßen und kleineren Zellen von mehr oder weniger ovalärer Form oder von unregelmäßigen Konturen, keine völlig der anderen gleichend weder an Größe noch an Form, arm an Chromatin. Ferner sieht man in diesen perivaskulären Infiltraten lymphozytäre Elemente in mehr oder weniger großer Zahl mit den verlängerten oder rundlichen Kernen vermischt. Diese perivaskulären Zellinfiltrationen sind sehr verschieden; an einzelnen Gefäßen ist die Wand in großer Ausdehnung infiltriert und die Zellinfiltration erstreckt sich in mehr oder weniger großer Ausdehnung in das periphere Gewebe der Kutis. Ebenso ist bei den Kapillaren bei einigen die Wand stärker, bei anderen weniger infiltriert. Bei manchen Gefäßen sind die perivaskulären Infiltrate fast vollkommen aus perithelialen Zellen von fusiformem Typus zusammengesetzt, bei anderen aus großen Mengen rundlicher Zellen und Lymphozyten. Die zwischen den breiten, voluminösen und gegen die Kutis stark verlängerten Epithelzapfen gelegenen Papillen sind ihrerseits gleichfalls stark gegen die Epidermis verlängert; die Mehrzahl der Papillen ist auch sehr breit, einige weniger breit, sehr ödematös und geschwollen. An einigen Papillen ist die Wand der Kapillaren und das Papillengewebe fast vollkommen mit Zellen von fusiformem Typus infiltriert, während an anderen das Infiltrat aus Zellen von fusiformem Typus untermischt mit rundlichen Zellen oder lymphozytären Elementen in mehr oder weniger großer Zahl besteht. Hier und da sieht man in dem papillären oder subpapillären Gewebe Gruppen von eckigen, zu 3 oder 4 oder mehr aneinander gefügten großen Kernen, die den Eindruck von in Bildung begriffenen Riesenzellen oder Chorioplaxen machen, aber man bemerkt keine deutliche Protoplasmakontur, und man sieht hier nirgends unzweideutige Riesenzellen oder Megakaryozyten.

Im übrigen sieht man hier und da im Papillarkörper und dem subpapillären Gewebe, da wo die Zellinfiltrationen waren, einen Zustand von Zellregression oder Zytolyse. Die Zellkerne sind blaß, zum großen Teil aufgelöst, der Rest im Begriff zu zerfallen, man sieht das Gerippe eines Teils des Kernes, einen anderen Teil noch gefärbt, oder vielmehr im Gewebe einen Haufen von unregelmäßigen Körnern und unförmigen gefärbten Stücken, die die Überbleibsel der Zellreste in völliger Auflösung und Resorption darstellen.

Zusammenfassung.

Aus unseren Präparaten von dem frühzeitigen prämykotischen Erythem geht hervor, daß die von Unna, Lebredde und anderen beschriebenen, von den Kutiszellen herstammenden isolierten Zellnester im unteren und

Digitized by Google

mittleren Abschnitt der Stachelzellschicht, ebenso wie die von DARIER beschriebenen isolierten Lymphozytennester in dem oberen Teil der Stachelzellschicht sowie die typischen oder atypischen Riesenzellen (Chorioplaxen oder Megakaryozyten), bei dem frühzeitigen prämykotischen Erythem nicht vorhanden zu sein brauchen, daß sie sich jedoch bei dem weniger frischen, etwas vorgeschritteneren prämykotischen Erythem bilden und zeigen. Die beiden von uns in unseren Präparaten vom frischen prämykotischen Erythem regelmäßig gefundenen histologischen Zeichen sind die von UNNA hervorgehobenen: die durch die ungeheure Menge von mitotischen und amitotischen Zellteilungen bewiesene Energie der Zellbildung und zweitens der Zustand der rapiden Zellrückbildung, die im Papillarkörper und dem subpapillaren Gewebe festgestellte Zytolyse, da wo sich Zellinfiltrationsherde fanden, wo man blasse, fast ungefärbte Kerne mit kaum sichtbaren Konturen im Begriffe sich aufzulösen und zu verschwinden sah, und ferner Haufen von unregelmäßigen, im Gewebe zerstreuten, mit basischen Farbstoffen gefärbten Granulationen sowie unförmige Bruchteile und unregelmäßige Stücke, von zertrümmerten, auf dem Wege der Resorption befindlichen Zellkernen herrührend. Dies alles entspricht dem klinischen Befunde des prämykotischen Erythems, bei dem man rapide spontane Rückbildung gefolgt von rezidivierendem Wiederauftreten findet.

Aus der Dermatologischen Abteilung des städt. Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin (Dirig. Arzt: Prof. Dr. A. BUSCHKE).

Über Prurigo lymphatica.

Von

Dr. WALTER ROSENBERG.

Die unspezifischen Hauterscheinungen bei Lymphadenosen haben für den Praktiker wie für den Dermatologen keine geringere Bedeutung als die spezifischen. Werden doch oft durch die auf den ersten Blick mehr oder weniger banal erscheinenden Veränderungen der Haut, die als einfacher Pruritus, als urtikarielle, vesikulöse und pruriginöse Eruptionen, als Haut- und Schleimhautblutungen, als Furunkulose und auch in Form einer Erythrodermie auftreten können, die schwerwiegenden Erkrankungen des lymphatischen Apparates aufgedeckt. Diese unspezifischen Erscheinungen wurden in Analogie zu den Tuberkuliden von AUDRY als „Leukämide" und von ARNDT treffender als „Lymphadenide" bezeichnet. Besondere Aufmerksamkeit schenkte man in differentialdiagnostischer Hinsicht den pruriginösen Eruptionen wegen ihrer Ähnlichkeit mit der klassischen Prurigo Hebrae. Es handelt sich bei ihnen meist um heftig juckende, hirse- bis hanfkorngroße, gelblichbraune oder braunrote Urtikariapapeln, die an ihrer Spitze ein winziges Bläschen oder, wenn es aufgekratzt ist, eine kleine Blutborke tragen. Dann können auch gelegentlich größere Urtikariaeffloreszenzen und seltener Blasen auftreten Außerdem findet man Exkoriationen infolge Kratzens, Krustenbildungen, braune Pigmentation und manchmal eine leicht verdickte, trockene Haut. Die Effloreszenzen sind meistens diffus angeordnet, bevorzugen aber nicht selten die Streckseiten der Extremitäten. Schon WAGNER hat im Jahre 1886 auf den Zusammenhang des eben geschilderten Bildes mit Bluterkrankungen aufmerksam gemacht. Es folgen die Arbeiten von JOSEPH (1889), der sich genauestens mit der Differentialdiagnose gegenüber der Prurigo Hebrae beschäftigt, die Veröffentlichungen von PINKUS und BUSCHKE (1902), der die Bezeichnung Prurigo lymphatica für die ganze Gruppe wieder nach dem Vorgang WAGNERS einführte und an Hand von Fällen darauf hinwies, daß die „Prurigo lymphatica"

Digitized by Google

(Prurigo lymphadénique, DUBREUILH) außer bei leukämischen Erkrankungen des lymphatischen Apparates auch bei Lymphknotentuberkulose, bei Lymphogranulom und chronischer Malaria auftreten können. Seitdem sind eine größere Anzahl entsprechender Fälle beobachtet und in zusammenfassenden Arbeiten (BETTMANN, ARNDT, PINKUS, PALTAUF, MARTINOTTI, MARIANI u. a.) ist die Prurigo lymphatica eingehend beschrieben worden. Sie kann heute als ein wohlbekanntes Krankheitsbild angesehen werden.

Wenn wir anschließend einen Fall von Prurigo lymphatica beschreiben, so tun wir es wegen der Polymorphie der bei ihm aufgetretenen Hauterscheinungen. Ähnliche Fälle sind in der Literatur relativ wenig bekannt.

Es handelt sich um einen 69jährigen Mann, C. P., der am 5. VII. 1924 bei uns aufgenommen wurde. Er gibt folgendes an:

Frühere Erkrankungen: Typhus vor 48 Jahren. Vor 7 Wochen seien an beiden Händen kleine Bläschen aufgetreten, die stark juckten und sich allmählich auf den Unterarm und in geringerem Maße auf den Oberarm ausbreiteten. Vereinzelt hätten sich ähnliche Erscheinungen auf der Brust und auf dem Kopf gezeigt. Seit 4 Wochen will er eine schmerzlose Anschwellung der Lymphknoten am Hals, in den Achselhöhlen und den Leistenbeugen bemerkt haben.

Status: Mittelgroßer Mann in guten Kräften. Ziemlich starke Adipositas, Schwerhörigkeit. Geringes Ödem der Augenlider, leicht gerötetes und gedunsenes Gesicht.

Herz: Reine Töne, der 2. Aortenton unwesentlich akzentuiert. Keine Geräusche, rechte Grenze: 1 Querfinger breit außerhalb des Sternalrandes; linke Grenze: Medioklavikularlinie. Dämpfung über der Aorta, beiderseits außerhalb des Sternums. Puls: Voll, wenig gespannt.

Lunge: Geringe Schallverkürzung im linken hinteren Oberfeld. Verlängertes und verschärftes Exspirium, besonders in den oberen Partien beiderseits. In der Hilusgegend sakkadiertes Atmen.

Röntgenbefund des Mediastinums: Liegendes, wahrscheinlich durch Adipositas hochgedrängtes Herz. Ziemlich breite Aorta. Bei saggitaler Durchleuchtung sieht man rechts vom Aortenbogen ziemlich senkrecht nach oben ziehend eine Schattenlinie und links oberhalb des Aortenknopfes, von diesem aber deutlich zu isolieren, eine halbkugelige Schattenbegrenzung, so daß das Mediastinum oberhalb der Aorta und auch die Spitzen verschattet erscheinen. Im II. schrägen Durchmesser ist ein fast kugeliger Schatten oberhalb des Aortenbogens, wenn auch nur undeutlich, zu sehen, der vorwiegend nach hinten zu gelegen ist. Keine Verdrängung der Trachea sichtbar.

Abdomen: Leicht gespannt, wegen starker Adipositas ist palpatorischer Befund nicht zu erheben. Perkutorisch zeigen Leber und Milz keine Vergrößerung.

Nervensystem: Mit Ausnahme der Bauchdeckenreflexe sind sämtliche Haut- und Sehnenreflexe auslösbar. Babinski negativ, Sensibilität normal. Pupillen: Keine Anisokorie, prompte Verengerung auf Licht und Konvergenz.

Drüsen: Vor den Ohren etwa kirschgroße Lymphknotentumoren, hart, glatt und gut verschieblich; desgleichen hinter dem Unterkieferwinkel beiderseits von der gleichen Konsistenz, aber von Pflaumen- bis Hühnereigröße. Im Nacken, dicht hinter den Ohren einige kleinere Drüsenschwellungen. An den seitlichen Partien des Halses bis herab zur Fossa supraclavicularis befinden sich eine größere Anzahl kirsch- bis pflaumengroßer Tumoren, die ebenfalls gut verschieblich sind und sich gut voneinander abgrenzen lassen. Auch submental ist ein walnußgroßer Drüsentumor zu fühlen. Beide Achselhöhlen sind in ihrer vorderen Partie rechts von einem etwa faustgroßen, links von einem kleineren, ebenfalls gut verschieblichen Tumor ausgefüllt. Von Kubitaldrüsen findet man rechts nur eine einzelne, etwa bohnengroße. An der Grenze zwischen unterem und mittleren Drittel des rechten Oberarms ist in der Muskulatur des Bizeps ein etwa hühnereigroßer derber Tumor tastbar, der sich von der Muskulatur nicht abgrenzen läßt, dagegen gut auf dem Knochen verschieblich ist. Die Inguinalgegenden weisen ebenfalls eine größere Zahl dicht aneinander stehender nußgroßer Tumoren auf.

Haut: Auf dem nur wenig behaarten Kopf einzelne, etwa stecknadelkopfgroße, teilweise leicht infiltrierte, mit Schorf bedeckte Hautdefekte. Auf der Stirn etwa linsengroße, oberflächliche Knötchen mit gerötetem Umgebung. Die Knötchen ziehen sich über die Stirnhaargrenze hin und sind in Gruppen dicht gestellt. Im oberen Drittel der Brust, besonders im Bereich beider Klavikulae, ebenso auf der Grenze zwischen Nacken und Rücken finden sich ebenfalls etwa linsengroße, leicht gerötete, zum Teil gelbliche Erhebungen. Auf den Oberarmen und der oberen Hälfte der Unterarme, hauptsächlich auf die Streckseiten lokalisiert, sieht man meist stecknadelkopfgroße, stark

Digitized by Google

juckende Knötchen von dunkelroter Farbe, umgeben von einem roten Hof. Teilweise tragen sie im Zentrum winzige Bläschen und Eiterkrusten, teils sind sie mit kleinen Blutborken bedeckt. An den Unterarmen, besonders rechts, sind die Effloreszenzen meist zerkrazt — hier ist die Haut trocken und leicht abschilfernd. An der Außenseite des unteren Drittels des rechten Unterarms ist die Haut stärker gerötet und ziemlich ausgedehnt mit Borken bedeckt. Dazwischen finden sich einige durch Eröffnung von Blasen entstandene Epidermisverluste, die einen leicht schmierigen Belag zeigen. An der Ulnarseite der rechten Hand, ferner auf den Dorsalflächen sämtlicher Finger, besonders des kleinen Fingers, sieht man knotenförmige, stecknadelkopf- bis erbsengroß erscheinende Effloreszenzen, die teils in Gruppen zusammen, teils isoliert stehen. Sie haben ein glasiges, grauweißes Aussehen, sind leicht infiltriert und weisen im Zentrum ein kleines, mit klarem serösen Inhalt gefülltes Bläschen auf. Einzelne dieser Effloreszenzen sind durch durchscheinendes eingetrocknetes Blut rotbraun verfärbt. Die Volarfläche ist mit Ausnahme einzelner kleiner Knötchen am Daumen und am kleinen Finger frei. Desgleichen befinden sich auf der Innenseite des Handgelenks zwei etwa linsen- bis erbsengroße opakglänzende, durchscheinende Blasen. Bei Einstich mit der Nadel erweisen sich diese eben beschriebenen Knötchen als mit seröser Flüssigkeit gefüllte Blasen, die infolge der Derbheit der Blasendecke eine harte Konsistenz haben. Auf dem linken Handrücken ebensolche Effloreszenzen wie auf der rechten Hand, nur in viel geringerer Anzahl. Aber es sind hier gleichfalls nur die Ulnarseite der Hand und die Streckseiten der Finger befallen. Die Haut der unteren Extremitäten sowie des Bauches und Rückens weist keine der oben beschriebenen Veränderungen auf. Nur sieht man im unteren Drittel auf der Streckseite beider Unterschenkel ausgedehnte narbige Atrophien der Haut mit geringer Schuppung und starker Pigmentierung, daneben zahlreiche Varizen auch an den Oberschenkeln. Auf dem Rücken einige zum Teil gestielte Fibrome, hier, auf Brust und Bauch senile Warzen in größerer Anzahl. Links vom Sphincter ani mündet ein etwa 8 cm langer, in die Gegend des Steißbeins verlaufender Fistelgang mit ziemlich starker eitriger Sekretion. Sichtbare Schleimhäute o. B.

Urin: o. B.

Blutbild: Erythrozyten 5000000, Hämoglobin 80%, Leukozyten 10000. Die Auszählung, die Herr Prof. Hirschfeld in freundlicher Weise ausführte, ergibt 35% segmentkernige Leukozyten, 43% Lymphozyten, 12% großer mononukleäre Zellen, 10% eosinophile Leukozyten.

Blaseninhalt: Lymphozyten und Leukozyten, keine Eosinophilen.

Therapie: Auf nässende Stellen 1%ige Resorzinumschläge, sonst Bromokollschüttelmixtur und Kühlsalbe. Intern: Solutio Fowleri.

10. VII. 1924. Exzision eines Prurigoknötchens und eines Lymphknotens aus der linken Inguinalgegend.

17. VII. Die alten Effloreszenzen sind abgeheilt, doch treten immer wieder neue auf.

18. VII. Bestrahlung der Lymphdrüsentumoren am Hals: 1/2 H. E. D., 3 mm Al.

21. VII. Die Fistel, die in keinem Zusammenhang mit dem Rektum steht, wird gespalten. Auf Röntgenbestrahlung der Drüsen keine Reaktion.

2. VIII. Die Effloreszenzen an den Armen sind fast vollständig verschwunden, nur vereinzelt sieht man an den Händen und Unterarmen stecknadelkopf- bis linsengroße gelbbraune Knötchen, die stellenweise blutig imbibiert sind. Sie sind von derber Konsistenz und heben sich von der sonst normalen Umgebung deutlich ab. Sie verursachen starkes Jucken. Die übrige Haut zeigt hier an Stellen, wo alte Effloreszenzen abgeheilt sind, leicht abschilfernde, narbige Veränderungen. Auf dem Kopf, besonders an der Stirnhaargrenze, ist die Haut leicht gerötet und infiltriert. Es befinden sich hier neben einigen linsengroßen, urtikariellen Effloreszenzen vereinzelte stecknadelkopfgroße, gerötete Knötchen, die stark jucken. Die Drüsen sind im großen ganzen etwas verkleinert. Die Wundflächen der Fistel sind gereinigt und zeigen gute Granulationen. Allgemeinbefinden gut. Keine sonstigen Beschwerden.

Blutbild: Erythrozyten 4500000, Leukozyten 16000, segmentk. 43%, stabk. 3%, Lymphozyten 42%, große Mononukleäre 7%, Eosinophile 5%, Basophile 1%.

18. VIII. Beginn einer Ars.-Inj.-Kur (Natr. arsenic.).

13. IX. Erscheinungsfrei, Allgemeinbefinden gut.

Blutbild: Leukozyten 15800, segmentk. 47%, stabk. 3%, Lymphozyten 29%, große Mononukleäre 6%, Eosinophile 9%.

19. IX. Ars.-Kur beendet.

Digitized by Google

24. IX. Drüsenschwellungen nehmen wieder zu, am linken Fuß hat sich eine neue einmarkstückgroße Blase gebildet mit klarem, serösem Inhalt. Allgemeinbefinden schlechter, Schwäche, Appetitlosigkeit.

Blutbild: Leukozyten 20000, segmentk. 45%, stabk. 4%, Lymphozyten 40%, große Mononukleäre 5%, Eosinophile 6%.

Vom 25. IX. bis 4. X. Röntgenbestrahlung sämtlicher geschwollener Lymphknoten und des Tumors am rechten Oberarm: 1/2 H. E. D., 3 mm Al.

10. X. Patient fühlt sich wohler.

27. X. Auf der linken Thoraxseite ist in einem ca. 8 cm breiten Band ein zum Teil großblasiger Herpes zoster aufgetreten. Lymphknoten etwas kleiner, Blase am Fuß abgeheilt.

29. X. Herpeseruptionen breiten sich noch mehr nach unten aus, die Umgebung der Blasen ist livid verfärbt. Starke Schmerzen in der Zostergegend.

3. XI. Herpeseffloreszenzen zeigen gangränösen Charakter und sind zum Teil ulzeriert.

11. XI. Keine neuen Herpeseffloreszenzen; die alten heilen langsam ab.

15. XII. Herpes ist unter weißen Narben abgeheilt, die einen braunen pigmentierten Rand aufweisen.

Blutbild: Leukozyten 11800, Neutrophile 60, Lymphozyten 34, Eosinophile 5, große Mononukleäre 2.

28. XII. Auf dem Scheitel, an den Mittelfingern der linken Hand sind einige bohnengroße wasserklare Blasen, an der Radialseite des rechten Handgelenks und am Daumenballen hanfkorn- bis linsengroße Bläschen aufgetreten, die stark jucken.

8. I. 1925. Die Blaseneruptionen haben sich zurückgebildet und die Drüsen sind im allgemeinen wesentlich kleiner, kein Pruritus, Fistel hat sich geschlossen.

12. II. Vollkommen erscheinungsfrei, Allgemeinbefinden gut. Wird entlassen.

30. III. Pat. kommt wieder ins Krankenhaus und gibt an, daß seit 8 Tagen juckende Knötchen und Blasen an Händen und Füßen aufgetreten seien. Eine Vergrößerung der axillaren und Halsdrüsen, Schwellungen der rechten Gesichtshälfte und der Handrücken will er erst seit 3 Tagen bemerkt haben. Allgemeinbefinden relativ gut, mit Ausnahme eines quälenden Pruritus.

Status: Weiche Schwellungen der rechten Gesichtshälfte, besonders des Oberlids und der Supraorbitalgegend. Der linke Handrücken ist polsterartig geschwollen, weich, pseudofluktuierend. Am rechten Handrücken eine geringere Schwellung, die vor einigen Tagen stärker gewesen sein soll als die der linken Hand. Im Gesicht und auf der Glatze vereinzelte linsengroße, von normaler Haut umgebene gelbliche Krusten. Auf Brust, Rücken und hauptsächlich auf den Streckseiten der Unterarme vereinzelte hirsekorngroße, zum Teil mit einem winzigen Bläschen, zum Teil mit einer kleinen Borke bedeckte, derbe, braunrote, juckende Knötchen. Auf Handrücken und den Fingern einige livid verfärbte bis linsengroße juckende Knötchen, die zum Teil hämorrhagisch imbibiert sind. An der Ulnarseite der rechten Hand eine einmarkstückgroße ovale Blase mit blutig-serösem Inhalt, darüber Reste einer ebensolchen. Auf beiden Handflächen, besonders an den Ulnarkanten, an den Beugeseiten der Finger linsen- bis bohnengroße, zum Teil grauweiße glasige, meist aber braunrot durchscheinende Blasen. Auf rechtem Handrücken in ausgedehnter Fläche Epidermisverluste, die zum Teil mit gelben Krusten bedeckt sind. In linker Ellenbeuge zweimarkstückgroße Quaddeln. Auf Fußrücken und Sohlen beider Füße ähnliche papulöse und vesikulöse Effloreszenzen wie an den Händen. Am linken Fuß hinter dem Malleolus ext. eine ca. fünfmarkstückgroße, unregelmäßig begrenzte, hämorrhagische Hautpartie.

Drüsen: Die axillaren, submentalen und aurikulären Lymphdrüsen sind wieder erheblich angeschwollen. Tumor am rechten Oberarm ist unverändert.

Blutbild: Erythrozyten 4500000, Hämoglobin 80%, Leukozyten 21000, Neutrophile 40%, Lymphozyten 45%, Eosinophile 8%, große Mononukleäre 7%.

Vom 8.—17. IV. Röntgenbestrahlung sämtlicher Lymphdrüsentumoren: 1/2 H. E. D., 3 mm Al.

25. IV. Die Schwellungen im Gesicht und an den Händen, ebenso die Hauterscheinungen, die sich bereits während der Röntgenbestrahlung zurückbildeten, sind nun vollständig abgeheilt. Nur noch wenig Juckreiz.

Histologie eines Prurigoknötchen: Intraepidermales Bläschen, das angefüllt ist mit einer bei Hämalaun-Eosinfärbung gleichmäßig rosa gefärbten Masse; stellenweise ist sie durchsetzt mit polymorphkernigen Leukozyten und lymphoiden Zellen. Die Horn-

Digitized by Google

schicht über der Blase ist verschmälert. Die Epidermis in ihrer Umgebung zeigt geringes Ödem, leichte Verbreiterung der Keratohyalinschicht; am Rande des Bläschens geringe Akanthose. Im Corium unterhalb des Bläschens sieht man ein mäßig dichtes Infiltrat von Leukozyten, Lymphozyten und Epitheloidzellen. In den tiefen Subkutisschichten findet man Infiltrate aus eben genannten Zellen, besonders um die Blut- und Lymphgefäße, weniger aber deutlich um die Schweißdrüsen. Die Lymphspalten zeigen zellige Durchsetzung.

Histologie eines Lymphknotens: Lymphozytenähnlicher Zelltypus der Infiltrate. Uniformes Bild ohne Riesenzellen oder Bindegewebsentwicklung, nur vereinzelt eosinophile Zellen.

Zusammenfassend ergibt sich in kurzen Zügen folgendes Krankheitsbild:

Erhebliche Schwellungen fast sämtlicher peripherer. vermutlich auch der mediastinalen Lymphknoten, außerdem ein mit dem M. biceps verwachsener Tumor, möglicherweise abnorm gelegene Lymphdrüse. Diese Erscheinungen gehen einher mit polymorphen Hautaffektionen, die schubweise auftreten: neben einfachen urtikariellen Quaddeln, urtikariell papulöse und pruriginöse, zum Teil hämorrhagische, stark juckende Effloreszenzen, die diffus, aber doch in der Hauptsache auf den Streckseiten lokalisiert sind. Daneben seröse und hämorrhagische Blasen an Händen und Füßen und ein wahrscheinlich akzidenteller Herpes zoster gangraenosus auf der linken Thoraxseite. Außerdem wohl durch Stauung bedingte, kurz dauernde Schwellungen an den Händen und im Gesicht. Das Blutbild ergibt eine nur wenig ausgebildete absolute, doch deutliche relative Lymphozytose, Vermehrung der großen mononukleären Zellen und der eosinophilen Leukozyten.

Wahrscheinlich handelt es sich bei unserem Kranken um eine Pseudoleukämie; doch ist die Diagnose nicht sicher. Dagegen spricht vor allen Dingen die erhebliche Eosinophilie, die wir bis zu 15% beobachteten, und die nicht zu dem Bild der aleukämischen und auch nicht zur ausgeprägten Form der lymphatischen Leukämie gehört. Es ist nicht anzunehmen, daß die Eosinophilie auf Grund ekzematöser Veränderungen sekundär entstanden sein könnte, denn diese fehlten fast vollständig; auch bestand die Vermehrung der eosinophilen Zellen weiter in Zeiten, wo sämtliche Hauterscheinungen abgeheilt waren. Bei den Fällen Copelli (Prurigo lymphatica bei Pseudoleukämie) und Linser (I) (Tumoren bei Pseudoleukämie) fanden sich ebenfalls neben einer relativen Lymphozytose eine erhebliche Eosinophilie. Auch Lang veröffentlicht einen Fall (Lymhosarkom? Pseudoleukämie?), bei dem relative Lymphozytose, Mononucleose und Eosinophilie bestand. Im Falle Linser zweifelt Paltauf die Diagnose Pseudoleukämie an, besonders weil außer der Eosinophilie das merkwürdige Verhalten der Tumoren, die zum Teil die Muskulatur infiltrierten, gegen die Annahme einer Pseudoleukämie einzuwenden ist. Paltauf glaubt daher eine Lymphosarkomatose, vielleicht eine Art Leukosarkomatose annehmen zu müssen. Auch in unserem Fall fand sich ein Tumor, der gegen die Muskulatur nicht abzugrenzen war, und außer der Eosinophilie zeigte sich im Blute eine Vermehrung der mononukleären Zellen bis zu 12%. Man könnte also ebenfalls daran denken, ob nicht bei unserem Patienten eine Lymphosarkomatose, vielleicht eine Leukosarkomatose vorliegt (vgl. Fall Lang; vgl. auch Buschke und Hans Hirschfeld: Über Leucosarcomatosis cutis. Folia haematologica, 1911, Bd. 12). Die Vermehrung der großen mononukleären Zellen wäre allerdings für eine ausgesprochene Form der Leukosarkomatose zu geringfügig, und der histologische Befund eines Lymphknotens, der das einheitliche Bild von lymphozytenähnlichen Zellen ohne große mononukleäre aufwies, würde gegen Leukosarkom sprechen. Auch läßt Paltauf die Möglichkeit offen, daß „vielleicht der Pseudoleukämie vergleichbare Blutveränderungen mit großen mononukleären Zellen vorkommen könnten".

Wir finden in unserem Falle verschiedene Erscheinungsformen der Lymphadenide vereinigt. Große Ähnlichkeit hat dieses Krankheitsbild mit dem Fall I Buschkes (Pseudoleukämie? Lymphogranulomatose?): Prurigoartige Effloreszenzen, daneben einfache Urtikaria, Urticaria alba, kleinere und größere Blasen. Einen analogen Fall (Pseudoleukämie) hat Brexendorff publiziert. Doch vermißt man bei beiden eben erwähnten Fällen die hämorrhagische Komponente, die sich bei unserem Patienten im weiteren Verlauf seiner Krankheit entwickelt hat. Bei den im folgenden angeführten Fällen sind Blutungen neben urtikariellen Eruptionen aufgetreten. Wir erwähnen sie, auch wenn bei ihnen die Prurigoeffloreszenz, die wohl auch als eine urtikarielle Erscheinungsform anzusehen ist, wenig oder gar nicht auftritt, und glauben, sie zum Vergleich mit unserem Fall heranzuziehen zu dürfen, um so mehr, da bei ihm die „Prurigo" ebenfalls in den Hintergrund tritt.

Digitized by Google

Einen solchen Fall, der neben dem exsudativen auch hämorrhagischen Charakter trägt, schildert Mračeк in seinem Atlas bei einer ganz akut verlaufenen lymphatischen Leukämie: Diffus angeordnete, flache, rote, teilweise blaurote Knötchen, die in ihrer Mitte ein kleines Bläschen tragen, daneben zahlreiche dichtstehende linsengroße, oft konfluierende Blasen mit geröteter infiltrierter Umgebung. Gesicht livid verfärbt, auf der linken Stirnseite eine 6 cm im Durchmesser haltende Blase, starkes Ödem der Augenlider, Substanzverluste durch Platzen der Blasen, die auf hämorrhagischem Grunde aufsitzen. Vereinzelt feinste Blutaustritte.

Einen fast analogen Fall publiziert Lehner und erwähnt außer dem Mračekschen noch Fälle von Mariani, Jamasaki, Pick, Hoffmann, Bloch, Königstein.

Der schon oben zitierte Fall von Lang weist außer den hauptsächlich an den Extremitäten sitzenden Prurigoknötchen, Quaddeln und Blasen in der unteren Kutisgrenze und im Unterhautzellgewebe sitzende, bis bohnengroße, derbe Knoten auf, über deren histologischen Befund nichts mitgeteilt ist.

Eine Beobachtung, bei der die Hämorrhagien im Vordergrund stehen und bei dem, wie bei unserem Patienten, Blasen an den Händen auftraten, machte Shattuk ebenfalls bei einer akuten lymphatischen Leukämie: Neben einem teils papulo-makulösen, teils erythematösen Exanthem, das besonders im Gesicht, an Vorderarmen und Handrücken auftrat, fanden sich ältere und frischere Hämorrhagien, besonders an Stellen, die dem Druck ausgesetzt waren. Hier bildeten sich auch Blasen, die sich zahlreich in Erbsen- und Bohnengröße an den Hohlhänden vorfanden.

Buschke demonstriert 1901 in der Berl. Derm. Ges. eine Patientin (lymphatische Leukämie), bei der sich außer einem ausgedehnten Pruritus urtikarielle Eruptionen, die mit Bläschen teils serösen, teils eitrigen Inhalts und mit größeren serösen und hämorrhagischen Blasen vergesellschaftet waren, hauptsächlich auf den Händen und in besonderem Maße auf den Fingern befanden. In der Umgebung des rechten Augenlides starkes Ödem.

Ähnliche Erscheinungen bei einer Lymphogranulomatose schildert Bacher (IV): Fast universelle mäßige Infiltration und Schuppung, daneben diffuse Pigmentierung, in der sich kleinere und größere, oberflächliche Knötchen von dunkelbraunem Farbton abheben. Überall Kratzeffekte. Ödem an den Beinen, darauf erbsengroße, einkammerige Blasen mit hell-serösem Inhalt und dünner Epitheldecke. Histologisch zeigen die Knötchen chronisch entzündlichen Charakter.

In neuerer Zeit publiziert auch Sachs einen Fall mit „pemphigoider Hauteruption" (lymphatische Leukämie): Auf Stamm und Extremitäten erbsen- bis bohnengroße mit klarem, an den unteren Extremitäten mit sanguinolentem Inhalt gefüllte Blasen. Vorübergehend Eruptionen von zahlreichen einzelstehenden und in Gruppen angeordneten linsengroßen roten Knötchen, die meistens an der Kuppe eine kleine Kruste, vereinzelt ein stecknadelkopfgroßes Bläschen trugen. Sachs zieht zum Vergleich seines Falles außer den schon oben zitierten Fällen von Mračeк und Shattuk noch solche von Kreibich und Oppenheim heran. Bei beiden finden sich ebenfalls polymorphe Erscheinungen urtikariellen Charakters, doch keine Hämorrhagien.

Fall Oppenheim (lymphatische Leukämie): Urtikarielle Effloreszenzen und derbe gelbe Knötchen neben scharf begrenzten Pigmentflecken und unregelmäßigen Narben. Am Rücken zwei linsengroße pralle Blasen auf normaler Haut.

Fall Kreibich (lymphatische Leukämie): Intensiv juckende polymorphe Erkrankungen vom Charakter der Urticaria vesiculosa.

Aus allen diesen Fällen erkennt man, in wie mannigfacher Art und in welchen Kombinationen unspezifische Hauterscheinungen bei Lymphadenosen auftreten können. Sind es aber wirklich insgesamt Lymphadenide, oder handelt es sich zum Teil um echte Lymphadenose der Haut? Die einfachen urtikariellen Effloreszenzen werden wohl allgemein als unspezifisch, d. h. toxischen Ursprungs aufgefaßt, wenn auch Kreibich und Sachs annehmen, daß sie auch als Folge einer spezifischen Infiltration des Nervensystems aufgefaßt werden könnten. Insbesondere aber geht der Streit um die Prurigo lymphatica, die Hämorrhagien und auch um die Vesikeln. Die pathologische Anatomie eines Knötchen unseres Falles läßt auf einen einfachen chronisch entzündlichen Prozeß schließen, und die meisten Autoren erhoben denselben Befund. Aber bereits Joseph bestritt in seinem Falle von Pseudoleukämie, und wahrscheinlich mit Recht, daß die Hauterscheinungen unspezifisch seien und bezeichnet sie dementsprechend als Pseudoleukaemia cutis und nicht als Prurigo lymphatica. Es handelte sich hier um intensiv juckende, blaßrote, von anscheinend unversehrter Epidermis überdeckte hanfkorngroße Knötchen,

Digitized by Google

die diffus angeordnet sind. Daneben etwa 10 derbe, tief im Korium sitzende erbsengroße Platten an Oberschenkeln, Unterarmen und Bauch. Auf Arsen und Teer nur vorübergehende Besserung. Auf Grund des histologischen Befunds glaubt Joseph mit voller Sicherheit annehmen zu können, daß es sich bei den Knötchen — die Platten wurden nicht histologisch untersucht — um typische Lymphombildungen der Haut handelt. Wie bei der Leukaemia cutis fand er, aber nicht so ausgesprochen, eine starke Lymphozytenanordnung um die Schweißdrüsen, im Korium und der Tela adiposa eine solche besonders da, wo überhaupt Schweißdrüsen waren. Dubreuilh konnte ähnliche Befunde erheben. Auch Nobl betont, daß Prurigo-lymphatica-Knötchen denselben anatomisch-pathologischen Befund aufweisen könnten wie echte Lymphadenome. Joseph hebt die histologische Ähnlichkeit mit einem Lichen hervor und zitiert den auch in der späteren Literatur viel erwähnten Fall von Recklinghausen, der einen richtigen Lichen ruber acuminatus beobachtete, dessen Knötchen die histologische Struktur von leukämischen Lymphomen hatte. Touton identifiziert einen von ihm beobachteten Fall mit dem Josephs und erwähnt ebenfalls in diesem Zusammenhang den Recklinghausenschen. Es handelt sich bei dem Toutonschen Fall um ein lichenoides Exanthem mit größeren Knoten bei einem Kranken mit wahrscheinlich aplastischer schwerer Anämie, die einherging mit geringer Lymphdrüsenschwellung und relativer Lymphozytose. Ohne besondere Lokalisation fanden sich auf dem ganzen Körper miliare, stecknadelkopf- bis hanfkorngroße kutane, stark juckende Knötchen, die zum Teil an Lichen ruber planus erinnern; sie sind nicht polygonal, ohne Dellen und ohne die abgeschliffene Oberfläche, oft streifenförmig angeordnet. Außerdem erbsen- bis kleinhaselnußgroße kutane Tumoren. Auch er hält diese Knötchen für kleine Lymphome. Wir können ihm nur zustimmen, wenn er einen prinzipiellen Unterschied macht zwischen den prurigoähnlichen und den lichenoiden Exanthemen. Letztere sind dann keine Lymphadenide. Dieses steht im Widerspruch zur Auffassung Audrys und Germès über die Leukämide, die darunter alle die bei den verschiedenen Formen der Leukämie auftretenden juckenden und hämorrhagischen Effloreszenzen verstehen, einerlei, ob sie unspezifisch sind oder anatomisch mit dem Grundleiden zusammenhängen. Germès faßt die unter dem Symptomenbild der Prurigo vorkommenden zirkumskripten leukämischen Hautinfiltrationen als Übergangsformen zu den leukämischen Neubildungen auf. Histologisch wird aber nicht immer zu entscheiden sein, ob chronisch entzündlich, ob spezifisch leukämisch. Vielleicht wird man durch die klinische Beobachtung differentialdiagnostisch eher weiterkommen: bei der Prurigo lymphatica urticarielle verhältnismäßig flüchtige, gut auf die Therapie reagierende Papeln, bei den lichenoiden Effloreszenzen sehr hartnäckige und persistente Knötchen. Das prompte Verschwinden der Prurigoknötchen nach Röntgenbestrahlung der Drüsen spricht auch für die Annahme einer unspezifischen Erscheinung, insofern nicht eine Allgemeinwirkung der Röntgenstrahlen in Frage käme. Als klinischen Gesichtspunkt könnte man außerdem die Tatsache heranziehen, daß sich die Prurigo lymphatica verhältnismäßig selten mit echten leukämischen Hauttumoren vergesellschaftet. Das hat schon Pinkus beobachtet, und wir konnten bei Durchsicht der Literatur diese Angabe auch weiterhin bestätigen. Bei Beachtung obiger klinischer Punkte wird man wohl in den Fällen, wo die Histologie versagt, zur Diagnose kommen, und wir möchten, wie es Buschke und Touton bereits getan haben, vorschlagen, mit Prurigo lymphatica nur solche Fälle zu bezeichnen, bei denen es sich um die verhältnismäßig flüchtigen, typischen urtikariellen Knötchen handelt. Auch Alexander will die persistenten Prurigoknötchen den spezifischen leukämischen Hautinfiltraten zugewiesen haben und unterscheidet dieselben nur graduell von leukämischen bzw. pseudoleukämischen Hauttumoren.

Was die vesikulären Effloreszenzen anbelangt, so können sie als Ausdruck einer toxischen Schädigung auftreten, aber auch das Produkt einer spezifischen Veränderung der Haut sein. Hierzu sei beispielsweise der Fall Mračeks erwähnt, auf dessen Histologie Paltauf in Mračeks Handbuch für Hautkrankheiten ausführlich eingeht: Es handelte sich hierbei „um Folgezustände unbeschriebener, aus der Thrombose von Kapillaren entstandener, vielleicht auch durch Infiltration und den Zerfall von Lymphozyten unterstützter Ernährungsstörungen, beginnender Nekrose der Haut". Lehner konnte ganz ähnliche histologische Befunde erheben und identifiziert sie mit den Veränderungen bei Herpes zoster, Variola und Varizellen. Aber auch Kreibichs Ansicht, der glaubt, daß urtikarielle Effloreszenzen infolge spez. Infiltration im Nervensystem bestehen könnten, ließe sich hier zur Genese der Blasen heranziehen, um so mehr da er der Auffassung ist, daß zwischen einem kolliquativen Bläschen über einer Urticaria alba und

Digitized by Google

einer Herpes-zoster-Effloreszenz nur ein quantitativer Unterschied besteht. Eine Stütze für diese Annahme wäre der Fall Fischels, wo bei einer lymphatischen Leukämie ein die rechte Seite stärker befallender Herpes zoster generalisatus aufgetreten war, und die Obduktion spez. Infiltrate in den Gangl. Gasseri rechts mehr als links ergab. Ob der Herpes zoster gangraenosus bei unserem Kranken in obigem Sinne aufzufassen ist, möchten wir dahingestellt sein lassen. Da wir damals zur selben Zeit einige andere Herpes-zoster-Fälle auf der Station hatten, möchten wir eher glauben, daß der Herpes infektiösen Ursprungs war. Auch an einen Arsenzoster wäre hier zu denken. Bei dem oben erwähnten Lehnerschen Falle trat ebenfalls ein Herpes zoster gangraenosus auf; auch hier ist die Entscheidung, ob Arsenzoster oder ob mit Grundkrankheit zusammenhängend, nicht zu fällen.

In unserem Falle konnten aus äußeren Gründen weder Blasen- noch Hautstücke mit Hämorrhagien histologisch untersucht werden.

Die Blutungen können durch toxische Schädigungen der Gefäßwände bedingt sein, doch vertreten Benda, Arndt, Nobl u. a. die Ansicht, daß die Gefäßwände auch infolge Durchwucherns spez. Infiltrate durchlässig würden, und die Hämorrhagien in solchen Fällen als echte Leucaemia cutis aufzufassen wären.

Auch die Erythrodermien sind oft die Folge einer toxischen Schädigung, doch verbirgt sich nicht selten hinter ihnen eine spezifische universelle Infiltration der Haut.

Als Ätiologie der Hautveränderungen bei Lymphadenosen, soweit sie pathologisch-anatomisch nichts Charakteristisches bezüglich der zugrunde liegenden Krankheit aufweisen, nehmen wohl die meisten Autoren eine toxische Noxe an. Die Möglichkeit einer Intoxikation ist nach den bakteriellen Befunden bei Leukämie und Lymphogranulomatose nicht von der Hand zu weisen. Aber wahrscheinlicher dürfte doch eine Autointoxikation die Ursache der echten, d. h. unspezifischen Lymphadenide sein, und zwar schon aus klinischen Erwägungen. Die Lymphadenide treten bei den verschiedensten Erkrankungen des lymphatischen Systems auf, nicht nur bei den Hyperplasien und den atypischen Wucherungen, sondern auch bei den Granulationsgeschwülsten des Lymphapparates, wie den granulomatösen oder tuberkulösen Lymphomen. Wenn man sich auch vorstellen kann, daß verschiedene Bakterientoxine dieselben Erscheinungen machen könnten, so liegt doch die Wahrscheinlichkeit näher, daß der die Toxine bildende Herd in dem lymphatischen Gewebe selbst, in den Lymphozyten, zu suchen ist. Doch könnte die Toxinbildung selbst hinwiederum auf verschiedene Art verursacht sein; bei den Hyperplasien bzw. bei den Sarkomen anders als bei den Granulationsgeschwülsten. Hier liegt vielleicht im Wuchern der Lymphzelle, sei es typisch oder atypisch, dort in der Entzündnng als solche oder in der räumlichen Bedrängung der Lymphozyten eine Störung ihres Stoffwechsels. Schaumann glaubt in den Toxinen das Cholin zu sehen, Nanta ebenfalls, außerdem aber Xantinbasen, Kreatinin und harnsaure Salze, kurz Stoffe, die beim Kernzerfall entstehen. Ob die lymphatische Toxikämie lediglich durch Zerfalls- oder auch durch pathologische Stoffwechselprodukte hervorgerufen wird, möchte dahingestellt bleiben. Die klinischen Erfahrungen sprechen für beide Annahmen. Bei den Fällen, die auf Röntgenbestrahlung der Drüsen zunächst mit neuen Schüben und Ausbrüchen von Hauterscheinungen reagieren, wäre zu glauben, daß letztere durch Zerfallsprodukte hervorgerufen würden, insofern man nicht der Meinung wäre, daß die Röntgenstrahlen eine „Reizung" bewirkt hätten. Die Fälle, zu denen auch der unsere gehört, bei denen auf Röntgenbestrahlung eine Besserung ohne reaktive Verschlimmerung auftrat, dürften durch Produkte lebender Zellen geschädigt sein. Der viel zitierte und klassische Fall Blaschkos, bei dem nach Exstirpation einer lymphosarkomatösen Drüse am Hals der Pruritus aufhörte, um nach dem Rezidivieren des Tumors wiederzukommen — einen ähnlichen Fall hat Arndt beobachtet —, läßt die Entscheidung obiger Frage nicht zu, auch nicht, ob das vom lymphatischen System ausgehende toxische Agens seinen Angriffspunkt im Zentralnervensystem — in diesem Fall wären die Lymphadenide als eine Trophoneurose aufzufassen — oder peripher in der Haut selbst findet. Weiterhin wäre es möglich, daß die Lymphadenide von Toxinen in der Haut gelegener Lymphzellen hervorgerufen würden, sei es, daß das kutane lymphatische Gewebe pathologisch verändert ist, sei es, daß kranke Lymphozyten in die Haut emigrieren. Ob die Lymphadenide der Ausdruck einer allergischen Reaktion ähnlich den Tuberkuliden sind — das relativ seltene Vorkommen von urtikariellen Lymphadeniden mit echten Hauttumoren könnte darauf hinweisen —, müßten erst weitere Untersuchungen ergeben. Einen immunisatorischen Vorgang könnte man sich vorstellen, ganz gleich ob das toxische Agens infektiösen oder lymphatischen Ursprungs wäre.

Digitized by Google

Literatur.

Alexander, B. kl. W., 1908, Nr. 15. — Arndt, Derm. Zschr., 1911, Bd. 18. — Audry, Journ. des Mal. Cutan. et Syph., 1902, H. 4. — Bacher, Arch. f. Derm., 1921, Bd. 135. — Benda, 15. Kongreß f. innere Medizin, 1897. — Bernhardt, Arch. f. Derm., 1914, Bd. 120. — Brexendorff, Inaug.-Diss., Jena 1903. Mh. f. pr. Derm., 1905, Bd. 40. — Bettmann, Jesionecks prakt. Ergebnisse aus dem Gebiet der Haut- und Geschlechtskrankheiten. — Blaschko, Sitzungsberichte d. Derm. Ges. Derm. Zschr., 1901. — Buschke, Sitzung der Berl. Derm. Ges., 3. Dez. 1901. Derm. Zschr., 1902, S. 228. — Buschke, D. m. W., 1902. — Buschke, Folia haematol., 1911, Bd. 12. — Copelli, Giorn. ital. delle mal. vener., 1912, fasc. 8. — Dubreuilh, Ann. Derm., 1905, Nr. 8—9. — Fischl, Arch. f. Derm., Bd. 118. — Germès, Thèse de Toulouse. 1902. — Joseph, M., D. m. W., 1889, Nr. 46. — Kreibich, Arch. f. Derm., 1915, Bd. 122. — Lang, W. kl. W., 1902. — Lehner, Arch. f. Derm., 1921, Bd. 136. — Linser, Arch. f. Derm., 1906, Bd. 80. — Mariani, Giorn. ital. delle mal. vener., 1924, Bd. 65. — Martinotti, Tumori 1921—1922, H. 1—4. — Mraček, Atlas und Grundriß der Hautkrankheiten, 1904. — Nanta, Journ. med. franc., 1922, Bd. 11. — Nobl, Arch. f. Derm., Bd. 110. — Nobl, W. kl. W., 1916, Nr. 45. — Oppenheim, Sitzung der Wiener Derm. Ges., 12. Jan. 1910. Arch. f. Derm., 1910, Bd. 101. — Paltauf, Mračeks Handbuch der Hautkrankheiten. — Pinkus, Arch. f. Derm., 1899, Bd. 50. — Pinkus, Derm. W., 1899, S. 461. — Recklinghausen, D. m. W., 1888, S. 48. — Sachs, O., W. kl. W., 1921. — Schaumann, Act. derm.-venereol., 1921, Bd. 1. — Shattuk, J. of Cutan. Dis., 1904. — Touton, Arch. f. Derm., 1907, Bd. 85.

Zur Wirkung des Salvarsans bei der Tabes, Paralyse und der Abortivbehandlung der Syphilis[1]).

Von

Dr. Josef Schumacher in Berlin.

Die Frage, ob wir imstande sind, Tabes und Paralyse durch die Salvarsantherapie zu beeinflussen, ist eigentlich längst durch die Klinik dahin entschieden, daß eine Heilung dieser spätsyphilitischen Erkrankungen durch das Salvarsan nicht in Frage kommen kann, von einer gewissen Besserung der Symptome vielleicht abgesehen, die man manchmal beobachtet zu haben glaubte. Mit Recht schloß man aus der Beobachtung, daß nach einer Salvarsanbehandlung sich relativ geringe Mengen Arsen im Gehirn und Rückenmark vorfanden, daß das Salvarsan offenbar nicht in diese Organe gelangt und daher auch dort nicht die Syphiliserreger abzutöten imstande ist. Um eine bessere Beeinflussung der dort befindlichen Spirochäten zu erreichen, die der Erfahrung nach bei intravenöser Zufuhr des Salvarsans nicht zu bewirken war, schritt man daher zur Applikation des Salvarsans auf intralumbalem Wege, in der Hoffnung, hierdurch eine intensivere Einwirkung des Salvarsans auf die Organe des Zentralnervensystems und die dort befindlichen Parasiten zu erreichen, leider ohne größere nennenswerte Erfolge, die doch eigentlich hätten erwartet werden dürfen, seitdem wir wissen, daß die Spirochaeta pallida der Erreger der Syphilis ist, der Nachweis seiner Gegenwart auch im Zentralnervensystem längst erbracht worden war und das Salvarsan in vivo ein gut spirillozides Mittel ist.

[1]) Eingereicht am 19. XII. 1924.

Digitized by Google

Eine Erklärung für diese therapeutischen Mißerfolge vermochte uns bisher die Klinik nicht zu geben. Solange man damit zufrieden war in der Syphilisspirochäte einen korkzieherartig gewundenen Erreger zu sehen und sich damit begnügte, den Salvarsanzug in den Tunnel der Vene abzulassen, ohne sich darum zu kümmern, was ihm unterwegs passieren konnte und ob er sein Endziel überhaupt auch erreichte, war man naturgemäß nicht imstande, diese Verhältnisse der Aufklärung näher zu bringen. Es muß immer und immer wieder betont werden, daß man diese Dinge nicht nur morphologisch und klinisch betrachten darf, sondern auch chemisch, denn die Zelle baut sich nun einmal aus chemischen Stoffen auf und ist ein chemisches Laboratorium für sich, so unbequem dies auch vielen noch erscheinen mag. Gerade der Arzt ist ja dazu berufen, durch sein Handeln in das Räderwerk dieser ungemein komplizierten und vielgestalteten chemischen Prozesse einzugreifen, um eine für das Wohl des Kranken erforderliche Synthese oder Hydrolyse mehr oder ausschließlich in den Vordergrund der chemischen Reaktionen im Körper zu setzen als es dieser allein vermag. Bei der Salvarsantherapie der Lues kommt es ja viel weniger darauf an, daß der Patient das Salvarsan intravenös erhält, sondern darauf, daß wir ihm das Ehrlichsche Mittel zu einer Zeit verabfolgen, solange der Arzt imstande ist, das Endziel jeder Salvarsantherapie der Syphilis überhaupt noch zu erreichen: Die Synthetisierung von spirochätenlipoidsaurem Dioxy-diamino-arsenobenzol in den Spirochäten, wobei wir zweckmäßig die Entstehung dieser Verbindung durch einen weiteren Eingriff künstlich beschleunigen, wodurch wir gleichzeitig die Toxizität für den Körper herabsetzen, indem wir diesen unter Kalzium stellen, worauf wir schon hingewiesen haben. Mehr braucht der Arzt nicht zu tun, die weiteren Reaktionen, die wir jetzt kennen und die zur Abtötung der Syphiliserreger führen, verlaufen alsdann automatisch von selbst. Sind die Spirochäten aber einmal aus dem Blute verschwunden und befinden sich im Gehirn, so schadet jede weitere Salvarsaninjektion nicht mehr den Parasiten, die dort nicht mehr zu erreichen sind, wie wir gleich sehen werden, wohl aber können sie dem Wirtorganismus gefährlich werden. In diesem Stadium hat die Hg-Therapie einzusetzen, wobei wir uns bewußt werden wollen, daß wir nicht dem Patienten eine „Hg-Spritze“ machen, um seine Lueserreger durch das Quecksilber abzutöten, sondern indem wir jene Prozesse, denen sich der Körper bereits normalerweise zur Abwehr der eingedrungenen Lueserreger bedient, durch Stoffwechselsteigerung zu beschleunigen, zu potenzieren versuchen, die wir ihrerseits durch die katalytische Wirkung des Quecksilbers zu erreichen vermögen. Die Morphologie der klinischen Symptome ist dabei Nebensache, gleichgültig dabei, ob eine Papel oder Pustel bei der Erkrankung entsteht, Hauptsache dabei sind die chemischen Prozesse, die sich im erkrankten Gewebe abspielen und die wir zu erforschen haben und über die wir heute bereits doch schon etwas näher unterrichtet sind. Die Infiltrate am Orte der Infektion und die Lymphdrüsenanschwellungen haben einen Zweck, sie haben, sei es durch Zerfall oder durch Sekretion von seiten der Leuko- und Lymphozyten — wobei mir das letztere das wahrscheinlichere zu sein scheint —, dafür zu sorgen, daß genügend lipolytische Fermente zur Stelle sind, zur Vernichtung der

Digitized by Google

eingedrungenen Erreger. Das dürfte nach den Befunden von Bergel jetzt schon als gesichert gelten. Die beschleunigte und erhöhte Bildung dieser spirochätenfeindlichen lipolytischen Fermente[1]), die offenbar durch Zerfall der Lymphozyten entstehen müssen, wie das Schwinden der Infiltrationen bei Hg-Behandlung beweist, ist das Endziel der Quecksilberbehandlung, während wir mit der Salvarsanbehandlung ganz andere Ziele erreichen wollen, wie wir bereits gesehen haben. Hier hat die weitere histochemische Forschung einzusetzen, die uns die Zellularpharmakologie und Zellulartherapie bringen muß. In diesem Punkte wenigstens stimme ich Fr. M. Lehmann[2]) völlig bei. Um diesen Weg beschreiten zu können, brauchten wir aber vorher die Zellularchemie, die die Vorbedingung zu einem weiteren Eindringen in das genannte Gebiet war und deren genauere Erforschung bezüglich der Gewebszellen wir vor allem P. G. Unna verdanken. Wollen wir das krankhafte Geschehen besser als bisher verstehen, so müssen wir uns erst einmal darüber zu unterrichten versuchen, woraus die krankmachende Ursache besteht, dann werden wir auch leichter die Abwehrmaßnahmen des Körpers verstehen lernen und uns nicht mehr darüber wundern, daß nicht nur bei der Tuberkulose lipolytische Fermente eine Rolle spielen, sondern auch bei der durch einen lipoproteidreichen Erreger verursachten Syphilis. In der Produktion der lipolytischen Fermente gegen die lipoproteidhaltigen Erreger erblicke ich eines der ersten bekannten Beispiele reiner Zellulartherapie, d. h. wir erkennen an diesem Beispiel, in welcher Weise der Körper therapeutisch die vorhandene Syphilisinfektion von sich aus zu beeinflussen versucht. Ein weiteres Beispiel von Zellulartherapie liegt offenbar in der Bildung der sehr sauerstoffreichen Plasmazellen an dem Orte der Syphilisinfektion, dem Primäraffekt, vor. Der Sauerstoffreichtum der Plasmazellen ist bekanntlich zuerst von P. G. Unna nachgewiesen worden. Mühlpfordt[3]) sagt: „Das Charakteristische in diesem Bild (Primäraffekt) ist die Anhäufung der Plasmazellen. Man kann nicht umhin, anzunehmen, daß sie viel zu bedeuten haben.“ An anderer Stelle hält er die Plasmazellen für das Endprodukt eines mit den Spirochäten ausgefochtenen Kampfes. Im Kampfe zwischen Spirochäten und Plasmazellen gehe es um den Kampfpreis des Sauerstoffs. Dieser Auschauung muß man beipflichten. Nach meiner Ansicht müssen die an sich sehr sauerstoffarmen Spirochäten, die selbst keine Sauerstofforte in ihrem Leib besitzen, der umgebenden Gewebsflüssigkeit den zu ihrem Leben notwendigen Sauerstoff entziehen, wodurch gleichzeitig naturgemäß auch die Gewebszellen unter einen gewissen Sauerstoffmangel kommen. Dieses Defizit an Sauerstoff sucht der Körper nun, sei es auf reflektorischem Wege oder nach Unna durch Abbau des Zellplasmas und Ansammlung von Granoplasma in demselben, auszugleichen.

Weiter müssen wir uns mit der Frage befassen, warum normaliter bei intravenöser Zufuhr das Salvarsan so gut wie nicht in das Gehirn

---

[1]) Die wir durch Kombination der gewöhnlichen Luestherapie mit einer geeigneten Lipoidtherapie noch erhöhen können. — [2]) Die Lösung des Immunitätsproblemes. Verlag von Karger, 1924. — [3]) Derm. W., 1924, Bd. 79, S. 1262.

Digitized by Google

übertritt. Schlossberger[1]) weist mit Recht darauf hin, es sei eine experimentell hinreichend begründete Tatsache, daß intravenös kreisendes Arsenobenzol zunächst primär von einer ganz bestimmten mesenchymatischen Zellkategorie, den sogenannten Metschnikoffschen Makrophagen oder wie Aschoff sie benennt, den Histiozyten (sog. retikulo-endotheliales System) aufgenommen und gespeichert werde. Daher finde man das Salvarsan auch vorzugsweise nur in solchen Organen (Leber, Milz, Knochenmark), in denen normalerweise Histiozyten in größerer Menge vorhanden seien oder unter pathologischen Verhältnissen in entzündlich verändertem Gewebe. Dagegen fehle das Salvarsan so gut wie vollständig in histiozytenfreiem Gewebe, vor allem in der gesunden Nervensubstanz. Daß das Salvarsan tatsächlich in die Histiozyten gelangt, wofür allein die eben angeführten Tatsachen bereits sprechen, werde auch durch die Versuche von Jacobsohn und Sklarz bewiesen, die bei ihren normalen Tieren nach Salvarsanzufuhr eine Sternzellenverfettung der Leber feststellen konnten.

Dieser Ansicht Schlossbergers muß ich mich auf Grund meiner Untersuchungen anschließen, denn einerseits wissen wir bereits, daß nach einer Salvarsaninjektion im Blute die wasserunlösliche Salvarsanbase als primäres Umwandlungsprodukt desselben entsteht, des weiteren gerade aber die oben genannten Zellformen ein stark lipoproteidhaltiges Protoplasma besitzen und daher einen ansehnlichen Teil der Salvarsanbase aus rein chemischen Gründen fixieren müssen[2]). Injizieren wir daher normalerweise eine nicht zu hohe Salvarsandosis, so reicht die Aufnahmefähigkeit der Gefäßendothelien und weißen Blutzellen aus, um die im Blute entstehenden Mengen der Salvarsanbase chemisch zu binden und so einen Übertritt derselben in das Zentralnervensystem, zu dem sie ebenfalls eine außerordentlich große Verwandtschaft besitzt, zu verhindern. Setzen wir aber durch Verabreichung zu hoher Salvarsandosen ein Trauma, bei dem es klinisch gesprochen, zu einer mehr oder weniger vollständigen Aufhebung der Impermeabilitität der Gefäßendothelien kommt oder durch die wir, chemisch gesprochen, im Blute mehr Salvarsanbase entstehen lassen als die normalerweise vorhandenen Zellen des Körpers, die seinen Schutzapparat gegenüber dieser darstellen, zu binden vermögen, so erfolgt auch ein Übertritt des Salvarsans in das parenchymatöse Gewebe des Zentralnervensystems, der mit einer mehr oder minder starken Organschädigung einhergehen muß. Diese erfolgt, weil die dann übertretende Salvarsanbase alsdann natürlich auch von den Lipoproteiden des Zentralnervensystems elektiv gebunden wird, wodurch die Zellschädigung sich zwanglos erklärt. Aus diesem Grunde sehen wir auch,

---

[1]) Handbuch der Salvarsantherapie von Kolle-Zieler, Verlag von Urban & Schwarzenberg, Berlin. — [2]) Die Verteilung der Salvarsanbase im Blute, die mit derjenigen der ebenfalls fast wasserunlöslichen aber stärker lipoproteidlöslichen Viktoriablaubase übereinstimmt, kann man an diesem Beispiel sehr schön demonstrieren. Verreibt man nämlich einen Tropfen trypanosomenhaltiges Mäuseblut mit der erwähnten Base, so färben sich nach einiger Zeit nur die lipoproteidhaltigen Erreger samt ihren Kernen und das lipoproteidhaltige Protoplasma der weißen Blutzellen in der Farbe der Viktoriablausalze blau, nicht aber färben sich die nur lipoidhaltigen roten Blutkörperchen.

Digitized by Google

warum das Salvarsan mehr als 100mal so giftig ist, wenn wir ihm durch intralumbale Injektion Gelegenheit geben, direkt mit den Lipoproteiden des Zentralnervensystems in chemische Reaktion treten zu können. Wenn wir auch bei dieser Behandlungsmethode eine Beeinflussung derjenigen Erreger zugestehen wollen, die sich im Rückenmarkskanal oder in den oberflächlichsten Zellschichten befinden, so erkennen wir aber gleichzeitig, daß es eine Utopie ist, auf diese Weise die tiefer im Gewebe sitzenden stark lipoproteidhaltigen Pallidae in einem ebenfalls lipoproteidhaltigem Medium durch die entstehende Salvarsanbase vernichten zu wollen. Hiermit müssen wir als einer von Natur aus gegebenen Tatsache rechnen, deren Beeinflussung uns nicht möglich ist. Daß für die Wirkung des Salvarsans in vivo nur die Salvarsanbase in Betracht kommt, konnten wir ja früher bereits nachweisen[1]), wobei wir uns erinnern wollen, daß das intakte Salvarsan von der lebenden Zelle überhaupt nicht gebunden wird. Die Pallida ist in dem Parenchym des Zentralnervensystems vor der Einwirkung des Chemotherapeutikums ebenso geschützt wie der lipoidhaltige Sporenkern durch die ebenfalls lipoproteidhaltige Sporenmembran, an der sich bei nicht zu hohen Konzentrationen das Desinfektionsmittel ebenfalls aus rein chemischen Gründen erschöpft, indem es bereits hier zu einer Salzbildung zwischen dem Desinfektionsmittel einerseits und dem Lipoproteid der Sporenmembran kommt, wodurch ein weiteres Vordringen des Desinfektionsmittels zu dem Kern der Sporen verhindert und dadurch eine Vernichtung der Zelle hintenangehalten wird. Bei höheren Konzentrationen des Desinfektionsmittels, bei denen die Sporenmembran dieses chemisch nicht mehr restlos zu binden vermag, erfolgt dann langsam auch das Eindringen des Desinfektionsmittels in die Spore, gelangt zum Kern, worauf es aus andernorts erörterten Gründen zum Zelltod kommt[2]).

Wenn wir diese chemischen Dinge berücksichtigen, erkennen wir auch, warum nicht in allen Fällen die Abortivheilung der Syphilis gelingt. Sie kann aus rein chemischen Gründen in den Fällen nicht mehr gelingen, bei denen sich bereits Spirochäten im Gehirn befinden, da sie dort vor der Einwirkung des Salvarsans absolut geschützt sind. Über den Zeitpunkt, bei welchem eine Abortivheilung der Syphilis nicht mehr gelingt, die Spirochäten bereits im Gehirn sitzen müssen, berichtet uns eine Arbeit von Kolle, der bekanntlich Kaninchen in Abständen von 3 bis 120 Tagen nach der Infektion mit großen Salvarsandosen behandelte und danach frühestens 110 Tage nach der primären Infektion neu infizierte. Wie er bereits auf dem Würzburger Mikrobiologenkongreß 1922 mitteilte, gelingt die Abortivheilung der Versuchstiere höchstens bis zum 45. Tage, später kamen nur noch weniger Fälle zur Heilung und nach 90 Tagen konnte eine Abortivheilung überhaupt nicht mehr beobachtet werden. Kolle schließt aus seinen Befunden, daß 90 Tage nach der Infektion die Kaninchen eine lebenslängliche Immunität gegen Syphilis erworben hätten. Welche Schlüsse lassen sich aus diesen Untersuchungen hinsichtlich der Immunitätsverhältnisse der Re- und Superinfektion, der

---

[1]) Ergebnisse der Syphilisforschung, Derm. W., 1925. — [2]) Vortrag vor der Berliner Mikrobiologischen Gesellschaft, 17. Nov. 1924. Sitzungsbericht, Zbl. f. Bakt., Abt. I, Ref.

Digitized by Google

Abortivheilung beim Menschen ziehen? fragen Buschke und Gumpert[1]). Steinfeld, Frei, Brown und Pearce hätten einwandfreie Superinfektionen bei Kaninchen erzielen können. Buschke und Fischer beobachteten in früherer Zeit das Haften neuen Kontagiums im Hoden „immuner" Affen. Frei habe zweite Infektionen vom Typus der ersten auch nach nicht sterilisierender Behandlung zu einem Zeitpunkt gesehen, zu dem im unbehandelten Organismus bereits Resistenz gegen Wiederimpfung vorhanden gewesen wäre. Die einwandfreie Beweisführung von Kolle sei durch diese Arbeit bereits in Frage gestellt. Sie werde durch Versuche von Buschke und Króo selbst an Rekurrensmäusen vollends erschüttert. Buschke und Króo gaben sich nämlich mit den unklaren und schwachen Immunitätserscheinungen der Kaninchen, die außerdem zur Spontanheilung neigten, nicht zufrieden, sondern wählten als einwandfreies Versuchsobjekt die Rekurrensinfektion der Maus.

Wir haben uns zunächst mit dem Einwand zu befassen, ob wir aus den Verhältnissen bei der Rekurrensinfektion der Maus Rückschlüsse auf die Syphilisinfektion des Menschen ziehen dürfen. Das glaube ich absolut bejahen zu dürfen. Sind beide Erreger auch chemisch etwas verschieden zusammengesetzt und die Krankheitsbilder absolut nicht identisch und ist auch die Lues einer indirekten Behandlung zugängig, das Rekurrensfieber wenigstens bis jetzt nicht, so steht doch heute schon fest, wenn ich auch von der Veröffentlichung der Einzelheiten des chemischen Aufbaues der Rekurrensspirochäte vorläufig noch Abstand nehme, daß auch am Aufbau dieses Erregers in erster Linie Lipoideiweißverbindungen beteiligt sind. Das ist das Entscheidende, warum wir die Wirkung des Salvarsans auf die Rekurrensspirochäte mit derjenigen auf die Syphilisspirochäte vergleichen dürfen. Bei den Versuchen der genannten Autoren stellte sich heraus, daß die Rekurrensimmunität an den im Organismus vorhandenen virulenten Erreger gebunden ist, da Organüberimpfung von Gehirn „immuner" Mäuse auf gesunde Tiere doch noch typische Krankheitserscheinungen hervorrief. Auch Tiere, die nach sehr hoher Neosalvarsanbehandlung anscheinend geheilt waren, enthielten noch Infektionskeime; selbst wenn die Erreger nicht nachweisbar waren, infizierten die mit dem Hirnbrei der grauen Substanz angelegten Serumkulturen. „Das ist ein außerordentlich wichtiges Ergebnis für die praktische Frage der Heilwirkung des Salvarsans, weil dadurch eine Fehlerquelle bei ihrer Beurteilung nachgewiesen ist, die bisher noch nicht genügend ausgeschaltet wurde" (Buschke und Gumpert). Die Autoren fanden ferner, daß die Spirochäten regelmäßig sehr frühzeitig ins Gehirnparenchym eindringen und dort eine Lagerung einnehmen, die der Lagerung der Syphilisspirochäte bei der menschlichen Paralyse gleicht. Noch in 70% der Fälle enthielt das Gehirn bei scheinbarer Heildosis, die durch das Ausbleiben von Rückfällen vorgetäuscht wurde, virulentes Kontagium. „Salvarsan sterilisiert also nicht das Gehirn," sagen Buschke und Gumpert mit Recht. Wir wissen jetzt: Salvarsan kann das Gehirn aus chemischen Gründen nicht sterilisieren. Diese Befunde Buschkes und Gumperts finden eine weitere Stütze in den Trypanosomenforschungen Stühmers,

[1]) Kl. W., 1924, S. 2111.

Digitized by Google

der bei seinen Untersuchungen mitunter nur im Nervensystem Restparasiten von neurotropem Charakter fand. Als weitere Stütze ihrer Theorie führen die Autoren selbst noch Befunde von Rocha Lima und von Steiner an. Ersterer Autor fand Spirochäten in den Ganglien der Rekurrensläuse, letzterer im Liquor cerebrospinalis von Tieren, die klinisch für geheilt galten. Auch die Versuche von Steinfeld[1]) gehören hierher. Mit dem Verschwinden der Spirochäten aus dem Blute seiner Versuchstiere, also nach Ablauf aller Relapse konnte Steinfeld seine Tiere nicht als gesund betrachten, denn es gelang ihm durch Verimpfung der inneren Organe dieser Tiere auf gesunde Tiere bei diesen Neuerkrankungen zu erzielen. Insbesondere war ihm dies mit Gehirnbrei der Stovarsol- bzw. Spirozidratten möglich, während das gleichzeitig überimpfte Blut derselben Tiere keine Infektionen mehr hervorrief.

Zu diesen Befunden mußten Buschke und Króo einerseits, Steinfeld andererseits kommen; denn sitzen einmal die lipoproteidhaltigen Spirochäten im Gehirn, seien es Syphilis- oder Rekurrensspirochäten, so sind sie auch durch noch so hohe Salvarsandosen aus früher bereits erörterten Gründen nicht mehr zu erreichen. Dasselbe muß bei Steinfeld der Fall sein, da das Stovarsol als solches, als lipoproteidunlösliche Substanz überhaupt nicht ins Gehirn zu dringen vermag und sein durch Reduktion im Körper entstehendes Umwandlungsprodukt, das p-Oxy-m-aminophenylarsinoxyd aus denselben Gründen wie beim Salvarsan, selbst wenn es in das Gehirnparenchym übertreten würde, die lipoproteidhaltigen Erreger in dem ebenfalls lipoproteidhaltigen Medium nicht zu vernichten imstande ist.

Ziehen wir aus unseren Untersuchungen und derjenigen der zitierten Autoren die Schlüsse, die eine praktische Bedeutung haben, so sehen wir, daß sich das spätere Schicksal des Syphilitikers in den ersten Tagen seiner Erkrankung entscheidet und wir eine Abortivheilung nur dann zu erreichen vermögen, wenn wir ihm das spirillozid wirkende Salvarsan dann verabreichen, solange es noch die Möglichkeit hat, alle Spirochäten zu erreichen und zu vernichten, was nicht mehr der Fall ist, wenn die Spirochäten sich bereits im Parenchym des Zentralnervensystems befinden. Der Zeitpunkt des Übertritts der Erreger in das Gehirn ist nach den Versuchen von Kolle nicht genau vorherzusehen, manchmal erfolgt er sehr frühzeitig, meist jedoch scheint das 30—45 Tage nach der Infektion zu erfolgen. In völliger Übereinstimmung mit der Klinik müssen wir daher auch auf Grund unserer histochemischen Forschungen verlangen: Frühbehandlung mit nicht zu kleinen Altsalvarsandosen! Die Gründe für die Verwendung gerade des Altsalvarsans habe ich bereits an anderer Stelle auseinandergesetzt[2]).

[1]) Kl. W., 1924, S. 2197. — [2]) Ergebnisse der Syphilisforschung l. c.

Digitized by Google

Versammlungen.

Dermatologische Gesellschaft Hamburg-Altona.

Sitzung vom 30. April 1925.

Vorsitzender: Wichmann. Schriftführer: Bruck.

Die Bekämpfung der Prostitution und der Geschlechtskrankheiten.

Referenten: Delbanco [vgl. u. a.[1]) Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, 1. März 1925]; Hahn (vgl. u. a. Der Kampf gegen Prostitution und Geschlechtskrankheiten als sittliche Pflicht und wirtschaftliche Notwendigkeit). (Deutscher Verlag, Hamburg I, Spitaler Str. 16.)

Diskussion: Mulzer: Ich bin Anhänger der Kasernierung und Reglementierung, und zwar auf Grund meiner langjährigen Erfahrung und der meines früheren Chefs, Prof. Wolff, der über 40 Jahre die Prostitution in Straßburg überwachte.

Wenn viele heute an der Bezeichnung „Bordelle" Anstoß nehmen und mit diesem Begriff die Eindrücke verknüpfen, die sie durch Schauerromane und sensationelle Kinodramen bekommen haben, möchte ich doch nachdrücklich darauf hinweisen, daß es so etwas in Deutschland nicht gibt. Das Verhältnis der Mädchen zu der Inhaberin eines Bordells ist gesetzlich streng geregelt; Ausbeutung und Mißhandlungen kommen nicht vor. Ich selbst habe in Straßburg ein Bordell wochenlang schließen lassen, weil die Inhaberin die Mädchen mit dem Mittagessen überteuerte.

Die Gründe, die mich zu meiner Stellungnahme veranlassen, sind folgende:

1. Durch Einrichtung der Bordelle wird die Infektionsgefahr wesentlich verringert. Statistiken, besonders an der großen Garnison in Straßburg, die recht häufig die Bordelle besuchte, ergaben 90% der Infektionen bei Kellnerinnen, Barmädchen, Arbeiterinnen, Dienstmädchen, 10% höchstens in Bordellen.

Auffallend selten war die Infektion mit Syphilis, trotzdem fast über die Hälfte der Mädchen eine positive Wassermannsche Reaktion im Blute aufwiesen. Ich bin der Überzeugung, daß latente Lues bei genügender Überwachung weniger gefährlich ist. Insassinnen mit manifesten Erscheinungen wurden stets sofort eliminiert und dem Krankenhause überwiesen.

Auch frische Gonorrhoe kann sofort erkannt und behandelt werden. Erwähnen möchte ich noch, daß die Mädchen von der Besitzerin selbst untersucht wurden, und daß sie sich selbst vor und nach dem Verkehr Einspritzungen machten, weil sie in ihrem eigenen Interesse jegliche Infektion zu vermeiden suchten.

2. Es finden sich in Bordellen gute hygienische Einrichtungen, helle Räume, saubere Betten usw. Bidets, Irrigatoren, Schutzmittel sind vorhanden. In jedem Zimmer habe ich in Straßburg eine Tafel mit Warnungen vor Geschlechtskrankheiten bzw. mit dem Hinweis, daß auch die Kontrolle der Prostituierten keinen absoluten Schutz gewährt, anbringen lassen und dem Rat, Schutzmittel, deren Preise angegeben waren, zu gebrauchen.

3. Es besteht die Möglichkeit der raschen Erfassung der Infektionsquelle und eine Unschädlichmachung derselben. Gerade die Meldung der Infektionsquelle, wozu z. B. die Soldaten verpflichtet waren, ist das A und O bei einer systematischen Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Hier sollte man genau so vorgehen wie bei den anderen gemeingefährlichen Infektionskrankheiten. Daß dies möglich ist, hat die Kriegserfahrung gezeigt.

Zur Frage der Reglementierung selbst sei darauf hingewiesen, daß die Prostitution ein notwendiges Übel ist. Sie ist nicht aus der Welt zu schaffen!

Da erfahrungsgemäß und logischerweise die regelmäßig ärztlich untersuchte öffentliche Dirne viel weniger gefährlich ist als die „geheime", so muß man versuchen, eben diese möglichst unter Kontrolle zu bringen. Der Einwurf, daß man nur einen relativ kleinen Prozentsatz erfaßt, ist richtig — aber damit ist doch wenigstens etwas erreicht!

---

[1]) Gemeinsam mit Schreiner, Vor der Entscheidung. Gegen Prostitution und Wohnungselend. Verlag Rauhes Haus, Hamburg 1925.

Digitized by Google

Jede Sentimentalität hat hier zu schweigen. Die Prostituierte nimmt eine besondere soziale Stellung ein. Bleibt sie unbeaufsichtigt, so schädigt sie die Allgemeinheit aufs schwerste. Sie muß sich damit abfinden, daß besondere gesetzliche Maßnahmen gegen sie ergriffen werden.

Also Duldung und Förderung der öffentlichen Prostitution, Stellung unter ärztliche Kontrolle, selbstverständlich möglichst ohne Zwang bzw. unter Mitarbeit des Fürsorgeamtes — diese Forderung kann man, wenn manche Härte beseitigt wird, gern unterstützen. Rücksichtsloses Vorgehen aber gegen die geheime Prostitution unter Mithilfe der Polizei!

Wenn dieses geschieht, soll man aber auch reichlich Gelegenheit schaffen, wo die Prostituierten ihr Gewerbe möglichst gefahrlos für sich und die Allgemeinheit ausüben können. Statt Bordelle schaffe man hygienisch tadellos eingerichtete, der Polizei bekannte und von ihr ständig kontrollierte Absteigequartiere (Wien), Stundenhotels oder öffentliche Rendezvousplätze (Budapest). Es sollte verboten werden, daß die Dirnen Besuche in ihren Wohnungen empfangen.

Selbstverständlich sind auch geschlechtskranke Männer möglichst zu erfassen, wie dies ja auch hier und in anderen Städten geschieht (Wien, Budapest). Vor allem aber sollte strengstens gegen Individuen vorgegangen werden, die Geschlechtskrankheiten weiterverbreiten, im Sinne des diesbezüglichen Gesetzes, das zur Zeit praktisch wohl nur selten angewendet wird.

Ich bin mir bewußt, daß wir auch mit diesen meinen Vorschlägen nur symptomatische Therapie treiben. Wir müssen vor allen Dingen die Wurzeln der Prostitution angreifen. Sie liegen mehr, als man im allgemeinen zuzugeben gewillt ist, auf wirtschaftlich-sozialem Gebiet. Will man wirksam die Prostitution bekämpfen, so muß man danach trachten, die soziale Not zu verringern. Man schaffe Wohnungen, sorge für Aufklärung der breiten Massen über die Gefahren der Geschlechtskrankheiten und erziehe die Jugend im Sinne des sexuellen Verantwortungsgefühles! Ferner ist die Stählung der Jugend durch Sport und Unterdrückung der sexuellen Überhitzung durch Schundliteratur, Kino usw. unbedingt erforderlich. Vor allem muß der Kampf gegen den Alkoholismus, den gefährlichsten Kuppler, und gegen die Ausbeutung der Dirnen durch das Alkoholkapital energisch aufgenommen werden.

Pinkus-Berlin a. G.: Die große Zahl der männlichen Untersuchungen, die Hahn mitteilt, beweist die Energie, mit der die Hamburger Sanitätspolizei den Geschlechtskrankheiten entgegentritt. Unser Ziel ist die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, nicht der Prostitution an sich; diese wird von der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bekämpft als Verbreiterin der Geschlechtskrankheiten. Die Bekämpfung der Prostitution als solche wäre nach Erreichung dieses Zieles Sache jener anderen Instanzen, auf die man diese Tätigkeit auch heute noch vorzugsweise bezieht, Polizei, Reglementierung, die allerdings als Institution mit allen ihren Anordnungen ganz etwas anderes ist als eine einfache, regelmäßig wiederholte ärztliche Untersuchung. Die Polizei hat als ordnunghaltende Institution Wert, als überwachende nicht, soweit es ihre Möglichkeiten in bezug auf die Geschlechtskrankheiten angeht. Vortragender war, als Schüler Neißers und überzeugt von den vollen Erfolgen der Therapie, anfangs auch Reglementarist. Lochtes Arbeit über die Heilungsunmöglichkeit der Gebärmutterblennorrhoe brachte ihn zur Einkehr, und den anfänglichen Optimismus abzulegen, zwang ihn fast 20jährige Tätigkeit im Berliner Prostituiertenkrankenhaus, die ihn zur Überzeugung brachte, daß wir mit unseren Mitteln die Zervixblennorrhoe weder sicher erkennen noch heilen können. Unsere Machtlosigkeit der weiblichen Blennorrhoe gegenüber zeigt, daß die sanitätspolizeiliche Untersuchung keinen Schutz vor Ansteckung darstellen kann. Bringt die sanitätspolizeiliche Seite der Überwachung keinen Nutzen, so versagt aber auch die ordnungschaffende der sittenpolizeilichen Reglementierung. Die Sittenpolizeibeamten vermögen die Straßen der Großstadt gar nicht frei vom Prostitutionsmarkt zu halten. Nur eine Überwachung der Kranken, wie sie das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wünscht, in der Hand des behandelnden Arztes liegend, der den Kranken nicht aus seiner Überwachung entlassen soll, solange er nicht geheilt ist, kann die Erfolge erzielen, wie sie mit einem weit milderen, aber vor allem unentgeltlichen Behandlung bietenden Gesetz in Schweden erzielt werden. Dauernde Behandlung, dauernde Überwachung durch gute, die Kranken über die Bedeutung ihrer Leiden aufklärende Ärzte, Erforschung und Behandlung der Infektionsquellen kann zum Erfolge führen, nicht die Bereitstellung einer geringen Zahl von Weibern, die durch die Reglementierung selbst in die Krankheiten hineingetrieben werden. In großen

Digitized by Google

Städten sind frei vagierende Puellen zu 50% syphilitisch, nach einem Jahre der Kontrolluntersuchung über 90%.

P. Wichmann: Die ursächliche Bekämpfung der Prostitution durch die soziale Fürsorge wird leider immer nur einen Teilerfolg erzielen können. Das lehrt die Vergangenheit, das wird auch die Zukunft lehren; das ist ohne weiteres begreiflich für den, welcher die Psyche der Prostituierten auf der einen und die ungeheuere Nachfrage auf der anderen Seite richtig einschätzt. Drakonische Strafen (Arbeitshaus, Ausweisung) sind, wie die Geschichte der Prostitution lehrt, nie von nachhaltigem Einfluß gewesen. Am wirksamsten erscheinen die Bestrebungen der Fürsorge für die Minderjährigen und die der Sanierung der Prostitution, wie sie im neuen Gesetzentwurf unter Ausschluß der Sittenpolizei vorgesehen sind. Ohne Listenführung wird man bei Geschlechtskranken und gemeingefährlichen Prostituierten nicht auskommen, es sei denn, daß man auf dem utopischen Standpunkt Delbancos steht, man könne die Gonorrhoe und Lues nicht heilen. Wie die Erfahrung lehrt, können jedoch die Pflegeämter nur dann praktisch wirksam sein, wenn sie unter Umständen die polizeiliche Exekutive an der Hand haben. Was für die gemeingefährlichen prostituierten Frauen gilt, muß natürlich ebenso für die gemeingefährliche Männerwelt Geltung haben. Aber es muß betont werden, daß es nicht nötig ist, jede sich prostituierende Frau unter Kontrolle oder sonstige Listenführung zu stellen, da sehr viele von ihnen in keiner Weise durch ihr Verhalten zu Klagen Anlaß geben und sich am besten selbst kontrollieren. In der Hauptsache sind wir leider genötigt, die Prostitution symptomatisch anzugreifen. Wir werden dadurch vieles jetzt Unerträgliche überwinden, obschon wir weit von der Lösung des Problems entfernt bleiben.

Das Wichtigste in sozialer Hinsicht ist und bleibt die Wohnungsfrage. Es ist durchaus an sich nicht nötig, den Prostituierten das freie Wohnen zu untersagen. Sehr viele von ihnen zeigen sich hygienisch und im äußeren Benehmen einwandfrei. Wo wäre auch die Grenze zu finden bei den Zehntausenden sich prostituierenden Frauen einer Großstadt wie Hamburg. Aber diejenigen von ihnen, die in gröblicher Weise die öffentliche Sitte verletzen oder durch Ansteckung gemeingefährlich sind, müssen in bestimmte Wohnungen eingewiesen werden, wo keine Familien mit Kindern vorhanden sind bzw. müssen völlig isoliert werden. Man braucht, wenn die Verhältnisse es erfordern, auch vor dem Bau bestimmter Wohnstraßen für die Prostituierten nicht zurückzuschrecken. Nur dürfte in diesen Straßen keine Vermischung der Geschlechter vor sich gehen, damit keine neuen Bordellstraßen entstehen. Derartige Wohnstraßen sind nach dem neuen Gesetzentwurf durchaus erlaubt. Es wird gesagt, daß man durch derartige Maßnahmen einen Kreis von Menschen zu einer minderwertigen Kaste abstempelt; man vergißt, daß die Prostitution sich durch ihr Gewerbe und ihr Benehmen ja längst zu einer Kaste abgestempelt hat.

Eine zweite, sozial wie medizinisch sehr wichtige Frage ist die nach dem Orte, wo die Vermischung der Geschlechter stattfinden soll. Bordelle, Kasernierung, Absteigequartiere sind nach dem vorliegenden Gesetzentwurf verboten und unter Strafe gestellt. Da wir alle wissen, daß die Prostitution in der Ausübung ihres Gewerbes nicht verhindert werden kann, so würde nach dem vorliegenden Gesetzentwurf nichts übrigbleiben, als daß in den zahlreichen Bürgerquartieren die Vermischung der Geschlechter vor sich ginge. Da hätten wir die Konsequenzen des strengen Abolitionismus: freies Wohnen, keine Listenführung und Beaufsichtigung. Es staunt der Fachmann, und der Laie wundert sich. Aber es gibt einen Ausweg, den mir einer der Gesetzesmacher verriet: Die Vermischung der Geschlechter findet nach wie vor in Absteigequartieren (den zahlreichen, schon jetzt zu diesem Zwecke benutzten Hotels) statt, was zwar nicht gestattet ist; aber die Polizei drückt beide Augen zu. Hamburg könnte dann bei Anfrage nach berühmtem Muster wieder einmal sagen: Wir haben keine Absteigequartiere im polizeitechnischen Sinne, und die Achtung vor dem Gesetz wäre gerettet. Konsequenter und ehrlicher wäre es, nachdem man mit Recht von den widerwärtigen Bordellen und der nicht minder ekelhaften Kasernierung abgekommen ist, diesen noch einzig möglichen Weg zu beschreiten; man könnte dann auch diese Absteigestätten hygienisch im Sinne einer wirksamen Prophylaxe ausstatten, wofür es sicherlich nur eines kleinen Nachdruckes auf den interessierten Inhaber bedürfte. Ungleich schwieriger wäre das anzustrebende Alkoholverbot durchzuführen. Das System hätte auch den Vorteil, daß die prostituierte Frau vor Ausbeutung geschützt ist, da ja der männliche Teil die Kosten des Aufenthaltes trägt. Sollen diese Quartiere ihren unvermeidlichen Zweck erfüllen, so hat die bisher erfolgende Beschnüffelung der Polizei aufzuhören, die ohnedies sehr un-

Digitized by Google

gleich ihr Wohlwollen verteilt. Andernfalls wird wiederum die Unzucht in die Familien getragen werden oder in bordellartigen Gründungen ihren Abfluß finden; wie mir ein Kenner versicherte, gibt es in Hamburg derer schon wieder Dutzende, die natürlich zu höheren Preisen wie früher arbeiten.

Um den nun einmal nicht wegzuschaffenden Prostitutionsmarkt zu sanieren, müssen wir endlich der Anschaffungslokale gedenken. Hier findet die Verführung der Minderjährigen statt; hier sind die Ansätze zum Mädchenhandel zu finden. Diese Lokale sind infolgedessen zur Durchführung der sozialen Fürsorge von außerordentlicher Wichtigkeit, so daß hier die vorgesehene weibliche Polizei eine fruchtbare Aufgabe findet.

C. Bruck: Es ist eine seit vielen Jahren von mir beobachtete Tatsache, daß unter den Ärzten und Laien, die sich mit dem Prostitutionsproblem beschäftigen, die Antireglementaristen fast immer nur unter denjenigen zu finden sind, die das Problem nur auf Grund theoretischer Erwägungen und literarischer Studien zu lösen bemüht sind, während diejenigen, die tagtäglich mit den Prostituierten selbst beruflich zu tun haben, sich fast ausnahmslos als überzeugte Reglementaristen bekennen. Wir sehen diese Erscheinung auch heute wieder in der Einstellung der beiden Referenten.

Der Grund für diese Differenz ist meines Erachtens kein zufälliger, sondern liegt darin, daß die Theoretiker der Prostitutionsfrage, wenn ich sie so nennen darf, bei allen ihren Erwägungen und Schlüssen immer nur von dem Normalbegriff „Weib" ausgehen, während der Praktiker mit einem unwiderleglich gegebenen Faktor, nämlich der Psyche der Prostituierten, rechnet. Dieser Punkt aber, die Psyche der Prostituierten, ist für die Beurteilung des ganzen Prostitutionsproblems von ausschlaggebender Bedeutung. Erst vor kurzem hat Schwalbe wieder gezeigt, daß 75% des von ihm untersuchten Prostitutionsmaterials sich schon vor der Registrierung mit Prostitution beschäftigt hat, daß nur bei 4% materielle Not die Ursache hierfür war und bei 96% psychische Defekte vorlagen. An solchen Feststellungen können wir meines Erachtens nicht achtlos vorbeigehen. Wir können es dahingestellt sein lassen, ob jene psychischen Defekte angeboren oder erworben sind; aber sie sind — und das wird jeder bestätigen, der beruflich viel mit Prostituierten zu tun hat — vorhanden, und deshalb können wir bei unseren Maßnahmen gegen Prostitution und Prostituierte nicht schlechthin den Normalbegriff „Frau" zugrundelegen. Denn das werden wohl auch die überzeugtesten Antireglementaristen nicht behaupten wollen, daß mit einer Aufhebung der Reglementierung auch die Prostitution und die psychische Einstellung der Prostituierten aus der Welt geschafft wird. Wird das aber zugegeben, dann wird man auch zugeben müssen, daß gegen eine Kategorie von psychisch Defekten andere Maßnahmen gerechtfertigt und nötig sind, als gegen normale Menschen. Und man wird dabei logischerweise immer wieder auf das Prinzip der Reglementierung, gleichviel in welcher gemilderten Form, zurückgreifen müssen. Man wird dies tun müssen nicht nur zum Wohle der sozialen Allgemeinheit, sondern auch im Interesse der Prostituierten selbst.

Ein zweiter Punkt ist die Behandlung. Es wird niemand von uns die Schwierigkeiten verkennen, die eine Heilung der weiblichen Blennorrhoe bereitet, und es wird niemand behaupten, daß unsere heutige Blennorrhoetherapie sowohl bei der Frau wie beim Manne als eine ideale bezeichnet werden kann. Aber gar so schwarz, wie sie Delbanco und Pinkus zeichnen, liegen die Verhältnisse nun doch nicht. Ich kann nur sagen — und ich weiß mich darin in Übereinstimmung mit den meisten Fachkollegen —, daß die männliche Blennorrhoe, abgesehen von verschwindend wenigen Ausnahmen, bei sorgfältiger und fachgemäßer Behandlung auch definitiv heilbar ist, und daß auch das Gros der weiblichen Fälle, wenn man unter Berücksichtigung der anatomischen Verhältnisse behandelt und nicht, wie das leider noch von seiten vieler praktischer Ärzte geschieht, nur eine rein symptomatische Scheinbehandlung zur Beseitigung des Ausflusses betreibt, einer wirklichen Heilung zugeführt werden kann. Gegenüber allzu pessimistischen Auffassungen möchte ich im Gegenteil den Satz aufstellen: die Blennorrhoe sowohl beim Manne wie bei der Frau ist in den meisten Fällen heilbar. Wenn die Resultate schlecht sind, so liegt das nicht an dem Mangel therapeutischer Möglichkeiten, sondern, abgesehen von der Indolenz vieler Patienten selbst, daran, daß die therapeutische Technik auf diesem Gebiete eben noch lange nicht Gemeingut der Ärzte geworden ist.

Ein dritter Punkt, auf den ich kurz hinweisen möchte, ist der der persönlichen Prophylaxe. Ich habe vor einigen Tagen eine sozialhygienische Ausstellung besucht. Da hing ein Plakat: Es gibt keine sicheren Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten; bleibe daher enthaltsam. Das ist vom Standpunkt des Moralisten ganz schön, aber

Digitized by Google

praktisch ist es bedenklich. Ich kann mir nicht vorstellen, daß es so große Optimisten gibt, die glauben, daß durch derartige Belehrungen und Warnungen der außereheliche Verkehr auch nur nennenswert eingeschränkt werden dürfte. Auf der anderen Seite sind solche Behauptungen aber auch sachlich unrichtig: es gibt kaum eine Gruppe von Infektionskrankheiten, bei der eine sachgemäß ausgeführte persönliche Prophylaxe soviel Aussicht auf Erfolg hat als bei den Geschlechtskrankheiten. Daß es eine absolute Sicherheit nicht gibt, ist klar. Aber an solchen Erfahrungen, wie sie früher bei einzelnen Armeeteilen, im Kriege z. B. von Fritz Lesser, gemacht worden sind, und an Publikationen, wie sie erst vor kurzem über die Wirkung der zwangsweisen persönlichen Prophylaxe im amerikanischen Heere erschienen sind, wird man nicht achtlos vorbeigehen dürfen. Ich meine, wir Dermatologen haben die Pflicht, das Publikum immer und immer wieder auf die Möglichkeit einer persönlichen Prophylaxe hinzuweisen. Wir brauchen uns deshalb nicht in Gegensatz zu jenen moralisierenden und ethischen Bestrebungen zu stellen; wir können betonen, daß zwar der sicherste Schutz die absolute Enthaltsamkeit ist, daß aber bei etwaigem Straucheln in der persönlichen Anwendung brauchbarer und wissenschaftlich geprüfter Schutzmittel ein starker Sicherheitsfaktor gegeben ist. Vor allem aber sollten wir uns dafür einsetzen, daß die vielfachen gesetzlichen Schwierigkeiten, die einer Propagierung derartiger sachverständig geprüfter und unschädlicher Prophylaktika im Wege stehen, baldmöglichst beseitigt werden.

Ich fasse zusammen: Wir kommen mit dem Prostitutionsproblem nicht weiter, wenn wir nur Bestehendes auflösen, therapeutische und prophylaktische Möglichkeiten negieren und an deren Stelle ein Nichts setzen. Gerade aber in einer Periode wirtschaftlichen und politischen Tiefstandes werden wir, ohne die ideellen Gründe der Antireglementaristen verkennen zu wollen, heute mehr denn je an dem Prinzip des Reglementarismus festhalten müssen, wenn wir auch über seine Formen verschiedener Ansicht sein können.

Roeschmann-Berlin a. G.: In der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten kann nur etwas erreicht werden, wenn man sich den örtlichen Verhältnissen anpaßt; deswegen sind die Unterorganisationen der DGBG. geschaffen worden, in deren Arbeit sich die Zentrale nach Möglichkeit nicht einmischt. An dem in Hamburg ausgebrochenen Kampfe für und gegen die Reglementierung und Kasernierung ist aber die DGBG. aufs lebhafteste interessiert; es handelt sich dabei um Fragen, die für das ganze Reich, vor allem auch für die Erledigung des Gesetzentwurfes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von allergrößter Bedeutung sind.

Dieser Gesetzentwurf findet leider in vielen Kreisen noch eine völlig falsche Beurteilung. Er ist auf rein hygienischer Grundlage aufgebaut und bezweckt eine möglichst schnelle und gründliche Erfassung und Heilung aller Geschlechtskranken sowie eine Verhinderung der weiteren Verbreitung.

Alle Kranken werden durch das Gesetz verpflichtet, sich von einem approbierten Arzte behandeln zu lassen; es ist aber absichtlich von einer Bestrafung im Falle der Unterlassung abgesehen worden, weil wir nie mit Bestimmtheit angeben können, wann die Krankheit aufgetreten ist, und wann sie vor allem dem Erkrankten zum Bewußtsein gekommen sein muß. Die Erfahrung hat uns auch gelehrt, daß viele sich zunächst aus Scham, Unwissenheit oder Gleichgültigkeit zurückhalten, die man dann, wenn sie zur Einsicht gekommen sind, nicht durch eine Bestrafung abschrecken kann.

Die einzigen, welche die Meldung der Erkrankten durchführen könnten, wären wir Ärzte. Diejenigen, die zu uns kommen, tun es in der Regel, um geheilt zu werden; sie bilden, wenn sie unseren Anordnungen folgen, keine Gefahr mehr für die Mitmenschen. Wir gebrauchen also für sie den umfangreichen und kostspieligen Apparat der allgemeinen Meldepflicht nicht. Es wäre sogar zu befürchten, daß sich durch die Einführung der ärztlichen Meldepflicht manche davon abhalten lassen würden, einen Arzt aufzusuchen. Deswegen ist im Gesetzentwurf von der allgemeinen Meldepflicht abgesehen worden. Wir wissen aber, daß unter denen, die zu uns kommen, manche in noch ansteckungsfähigem Zustande aus der Behandlung fortbleiben. In diesen Fällen, in denen also eine Gefahr für andere vorliegt, gibt das Gesetz den Ärzten das Recht, die Betreffenden zu melden. Die Meldung ergeht aber nur an die Gesundheitsbehörde, deren Beamte unter Androhung von hohen Geld- und Gefängnisstrafen zu strengem Schweigen verpflichtet sind. Die Meldung hat also nicht wie heute für die davon Betroffenen irgendwelche Folgen in wirtschaftlicher und sozialer Beziehung. Das Gesundheitsamt sorgt nur dafür, daß die Behandlung gründlich durchgeführt wird. Es kann deswegen auch ein Kranker jederzeit den Arzt wechseln; es liegt also nicht etwa, wie

Digitized by Google

vielfach von unseren Gegnern behauptet wird, eine außergewöhnliche Machtbefugnis vor, die durch diese Bestimmungen den Ärzten gegeben wird.

Befolgt der Kranke auch die Anordnungen des Gesundheitsamtes nicht, so ist allerdings die Anwendung unmittelbaren Zwanges zulässig. Die Kranken können einem Heilverfahren unterworfen, auch in ein Krankenhaus verbracht werden, wenn dies zur Verhütung der Ausbreitung der Krankheit erforderlich erscheint. Dagegen wird wohl niemand etwas einwenden können; denn es handelt sich darum, gefährliche Elemente auszuschalten. Ärztliche Eingriffe, die mit einer ernsten Gefahr für Leben und Gesundheit verbunden sind, dürfen aber nur mit Einwilligung des Kranken vorgenommen werden.

Im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten kann nur etwas erreicht werden, wenn durch eine sachgemäße Behandlung alle Infektionsquellen möglichst schnell verstopft werden. Das hat auch das Reichsministerium des Innern erkannt und deswegen die Forderung aufgestellt, für die Behandlung der Geschlechtskrankheiten und aller Leiden der Geschlechtsorgane nur die approbierten Ärzte zuzulassen. Damit ist keineswegs eine bestimmte und einseitige Behandlungsweise festgelegt; es wird nur verlangt, daß alle Behandelnden die vom Staate vorgeschriebene Ausbildung durchgemacht haben. Jedem Arzt bleibt es überlassen, die Methode anzuwenden, die er für richtig hält; sei es, daß er die Allopathie, Homöopathie oder irgendeine andere wählt. Bei den Beratungen im Bevölkerungspolitischen Ausschuß wurden die diesbezüglichen Forderungen angenommen; sie fanden aber nachher im Plenum derartig schwerwiegende Abänderungen, daß den Laienbehandlern ihre unheilvolle Tätigkeit weiter ermöglicht worden wäre. Erfreulicherweise hat der Reichsrat unter besonderer Betonung dieses Punktes Einspruch gegen das Gesetz erhoben; es wird dem neuen Reichstag wieder in der alten Form zugehen. Unsere Gegner haben nichts unversucht gelassen, die öffentliche Meinung zu ihren Gunsten zu beeinflussen; es ist auch bei den erneuten Beratungen mit ernsten Schwierigkeiten und Kämpfen zu rechnen. Deswegen müssen wir auf die Reichstagsabgeordneten selbst einwirken und sie davon überzeugen, daß der ganze Gesetzentwurf ein Schlag ins Wasser bleiben wird, wenn nicht die minderwertigen Elemente, zu denen auch die annoncierenden Ärzte gehören, aus der Behandlung ausgeschaltet werden.

Auch die Prostitutionsbekämpfung faßte der Gesetzentwurf in seiner ursprünglichen Fassung vom rein gesundheitlichen Standpunkt aus an. Es herrscht vielfach die Ansicht vor, als ob durch Annahme des Gesetzentwurfes die Prostitution völlig freigegeben würde. Diese Ansicht ist durchaus falsch. Bisher können nur diejenigen weiblichen Personen durch eine Untersuchung erfaßt werden, die in die polizeiliche Liste eingetragen sind. Es ist von anderer Seite darauf hingewiesen worden, wie wenig befriedigend die Ergebnisse dieser Untersuchungen sind. Die Hauptbedenken, die gegen das bisherige System vom hygienischen Standpunkt aus bestehen, liegen aber darin, daß die viel umfangreichere geheime Prostitution und gewissenlose Männer sich ziemlich unbeaufsichtigt bewegen können und die Geschlechtskrankheiten weiterverbreiten. Dem tritt der § 3 des Gesetzes energisch entgegen, der verlangt:

„Personen, die dringend verdächtig sind, geschlechtskrank zu sein und die Geschlechtskrankheit weiterzuverbreiten, anzuhalten, ein von einem behördlich dazu ermächtigten Arzt ausgestelltes Zeugnis über ihren Gesundheitszustand vorzulegen oder sich der Untersuchung durch einen solchen Arzt zu unterziehen. Auf Antrag des untersuchenden Arztes können solche Personen angehalten werden, wiederholt derartige Zeugnisse beizubringen."

Jadassohn hat die Bedeutung dieses Paragraphen in seinem Referat auf der Tagung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitsfürsorge in Hamburg stark unterstrichen; er führte aus:

„Durch diesen Paragraphen wird in der Tat ein vollständiger Ersatz für dasjenige geschaffen, was an der Reglementierung gut ist. Diejenigen, welche sich gewohnheitsmäßig prostituieren, sind immer „dringend verdächtig", geschlechtskrank zu sein und ihre Ansteckung zu verbreiten. Sie können nicht bloß einmal, sondern immer wieder, wenn sie die Prostitution weiter treiben, untersucht werden, und wenn sie krank gefunden werden, können sie auch zur Wiederholung der Untersuchung gezwungen werden, selbst wenn sie sich nicht mehr prostituieren.

Auf der einen Seite tritt also in bezug auf die gesundheitliche Kontrolle der sogenannten eigentlichen oder öffentlichen Prostituierten keine Lücke ein, auf der anderen Seite aber können in großer Zahl auch diejenigen Frauen, welche nicht im engeren Sinne Prostituierte sind, aber einen ungeregelten Geschlechtsverkehr treiben, ferner aber auch

Digitized by Google

Männer, welche wegen ihrer Lebensführung auffallen, der Untersuchung unterzogen werden. Über die Art, wie alle diese Kategorien der Gesundheitsbehörde bekannt werden können, werden die Ausführungsbestimmungen das Nähere bringen müssen. Dabei wird eine gemeinschaftliche diskrete und doch energische Tätigkeit dieser Behörde und polizeilicher Organe nicht entbehrlich sein."

Man sollte die Schlagwörter: hie Reglementarismus, hie Abolitionismus vermeiden. Kein vernünftiger Mensch wird in der Prostitutionsbekämpfung und -überwachung auf polizeiliche Maßnahmen verzichten wollen. Die Prostitution läßt sich nie ganz ausrotten; sie wird in Hafenstädten stets besonders blühen, und ich bin lange im Zweifel gewesen, ob in den großen Hafenstädten auf Bordelle verzichtet werden könnte. In Buenos Aires sind durch einen Kollegen, der dort als Oberbürgermeister wirkte, die großen Bordelle geschlossen worden. Es ist gleichzeitig eine sehr straffe Straßendisziplin durchgeführt worden, so daß sich tatsächlich das Straßenbild nicht zu seinem Nachteil verändert hat. Ich habe Gelegenheit gehabt, die Verhältnisse persönlich vor einem Jahre zu prüfen und habe mich davon überzeugen können, daß durch die Schließung der Bordelle vor allem für unsere Jugend viel Gutes gestiftet worden ist. Früher war es allgemeiner Brauch, daß von jung und alt die Bordelle aufgesucht wurden; denn sie waren mehr in Form von Kaffee- und Tanzlokalen eingerichtet. Die Versuchung war aber dadurch um so größer; unendlich viele erlagen ihr und setzten sich der Ansteckung aus. Selbstverständlich gibt es auch heute noch sehr viele gewerbsmäßige Prostituierte in Buenos Aires, die man in Kaffee- und Tanzlokalen treffen kann. Sie müssen aber in pekuniärer Beziehung wesentlich höhere Ansprüche stellen als früher, und dadurch werden schon viele Männer, besonders Jugendliche, abgehalten; vor allem bestehen aber starke Bedenken, diesen Menschenkindern in ihren Wohnungen oder in zweifelhafte Absteigequartiere zu folgen. Daß es in jeder Großstadt die Absteigequartiere der verschiedensten Art immer geben wird, ist selbstverständlich. Damit muß man sich abfinden und auch die Polizei muß ein Auge dabei zudrücken; es ist aber ganz etwas anderes, wenn die Polizei derartige Quartiere einrichtet und dadurch ihnen, wenn sie sie auch nicht empfiehlt, ihre behördliche Genehmigung gibt.

Hahn hat die alten Bordelle als einen Schandfleck der modernen Kultur bezeichnet; er möchte vor allem Alkoholmißbrauch und Ausbeutung der Prostituierten ausschalten, und wenn die Wohnungsverhältnisse es gestatten, besondere Straßen und Häuser nach dem Bremer System einrichten. Hahn sowie Mulzer und Bruck haben durch Zahlen den Wert einer sachgemäßen ärztlichen Untersuchung belegt; auch ich möchte, wie ich schon ausgeführt habe, nicht auf eine ärztliche Untersuchung verzichten, ich möchte sie sogar wesentlich erweitern und verschärfen. Je mehr ich aber Gelegenheit gehabt habe, Bordelle und bordellartige Betriebe genauer anzusehen, um so mehr sind meine Bedenken dagegen, schon allein vom hygienischen Standpunkt aus, gewachsen. Es wird immer nur ein sehr beschränkter Kreis in diesen Betrieben untergebracht werden können. Die Untersuchungen werden höchstens zweimal wöchentlich durchgeführt; ihre Ergebnisse sind selbst bei genauester Handhabung keineswegs befriedigende, oft aber völlig wertlos, weil nicht genügend geschulte Untersucher und nicht ausreichende Untersuchungsmittel zur Verfügung stehen. Trotz aller Ermahnungen und Versprechungen lassen es die Prostituierten an notwendigen hygienischen Maßnahmen bei sich und ihren Besuchern fehlen.

Durch diese Einrichtungen werden aber immer eine große Anzahl von Männern, vor allem von Jugendlichen und auch Verheirateten, zu einem Geschlechtsverkehr verführt, dem sie sich nicht hingeben würden, wenn sie sich in Kaffees oder auf der Straße Prostituierte suchen müßten.

Die Gefahr, welche in der vagierenden Prostitution liegt, läßt sich durch eine energische Straßendisziplin sehr eindämmen; im Gesetzentwurf ist dafür Sorge getragen, daß Prostituierte in Wohnungen, in denen jugendliche Personen im Alter von 4 bis 18 Jahren wohnen, kein Unterkommen finden dürfen.

In der Prostitutionsbekämpfung soll man sich nicht zu viel von gesetzlichen Maßnahmen versprechen; der Gesetzentwurf bringt aber doch Fortschritte, die wir nicht übersehen dürfen.

J. Calvary regt an, daß die Sittlichkeitsverhältnisse der Hamburger Schuljugend, insbesondere in den für die Prostitutionsgegenden regionären Schulen, durch die Oberschulbehörde und die Berufsschulbehörde geklärt werden.

Bei dem Studium der Prostitution werden fast von allen Seiten immer einseitig die psychologischen, sozialen und hygienischen Verhältnisse bei dem weiblichen Teil, der

Digitized by Google

Puella, in den Vordergrund gestellt. Analysiert man die psychologischen Vorgänge der prostitutionskonsumierenden Männerwelt, so ergibt sich eine Teilung dieser in drei Gruppen.

Gruppe I (an Zahl ganz unbedeutend): Männer, die unter ganz außergewöhnlichen Lebensverhältnissen stehen (Seeleute, Soldaten im Kriege).

Gruppe II (an Zahl auch nur gering): Männer, die infolge von körperlichen oder seelischen Minderwertigkeiten (Krüppel, Astheniker) den werbenden Kampf um Erringung des Weibes nicht führen können oder auch nicht zu führen versuchen, weil ihnen eben die käufliche Prostitution die Schwierigkeiten des Werbekampfes erspart.

Gruppe III. Diese ist an Zahl die überwiegend größte: normale Männer unter der bei uns in Deutschland zur Norm gewordenen leichten Alkoholintoxikation.

Diejenigen Hirnregionen beim Menschen, an die das Wesen der Erziehung gebunden ist, die dem Menschen den Charakter des Disziplinierten gibt, ist onto- und phylogenetisch die jüngste. Von dem normalen Funktionieren dieser Hirnregionen hängt das Haftenbleiben aller anerzogenen Hemmungen ab, die das Wesen der Erziehung ausmachen, Hemmungen religiösen oder sittlichen Inhalts, Hemmungen aber auch intellektuellen Inhalts, wie sie die Aufklärungarbeit zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten durch Erziehung zur berechtigten Furcht vor Ansteckung zu erzielen versucht. Alle diese Hemmungen werden nur wirksam im Stadium kristallklarsten Bewußtseins; sie fallen der Narkose schon bei geringen Quantitäten C_2H_5OH's anheim, das ja ebenso wie Chloroform und Äther pharmakologisch zu den Narkotizis der Fettreihe gehört. Die Pharmokologie kennt keinen Unterschied zwischen Trink- und Inhalationsnarkose. Durch Fortfall dieser jungen Gehirnregionen, an deren Intaktsein Erziehung und Disziplin gebunden ist, tritt das onto- und phylogenetisch ältere Sexualtriebleben in den Vordergrund, das seinerseits erst durch ganz große Quantitäten des Narkotikums gelähmt wird.

Durch diese Ubiquität dieses Narkotikums in Deutschland und noch einigen anderen europäischen Staaten ist die enorme Zunahme des an und für sich jeden nüchternen, normalen Menschen anwidernden Prostitutionskonsums zu erklären. Wie die Malariabekämpfung nur dadurch gelingt, daß die Brutstätten der Anopheles, die Sümpfe, trockengelegt werden, ist der Kampf gegen Spirochäte und Gonokokkus erst dann erfolgversprechend, wenn der Sumpf der Alkoholstätten trockengelegt wird. Der Weg zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten führt über die Alkoholabstinenz, insbesondere über die Abstinenzerziehung. Dieses haben in Hamburg die erwählten und berufenen Elternvertreter, die Elternkammer des Schulbeirats, in ihrer am 19. XI. 1924 einstimmig gefaßten Forderung erkannt, die dahin lautet:

„Es ist der Wunsch der Hamburger Elternschaft, vertreten durch die Elternkammer, daß die heutige und die kommenden Generationen der Hamburger Schuljugend zur völligen Alkoholenthaltsamkeit erzogen werden."

Fischer-Altona kann wegen Kürze der Zeit wahllos nur einige Fragen berühren. Auch er hält bei einer Neuregelung des Prostitutionswesens die Listenführung für notwendig. Alle gewohnheitsmäßig Gewerbsunzuchttreibenden werden in die Liste eingetragen, regelmäßig untersucht und, wenn krank, zwangsweise behandelt. Eine geeignete, hygienisch einwandfreie Kasernierung in allen Städten ist die allein geeignete Form der Isolierung und Überwachung der Prostituierten. In Altona, das noch öffentliche Häuser hat, nimmt die Erkrankungsziffer der Kontrollmädchen stetig ab, beträgt bei etwa 220 Mädchen jetzt monatlich etwa 5—10. Aber auch bei den heimlichen Prostituierten sinken die Erkrankungen von etwa 75% auf 40%, weil die Polizei auch diese Wesen möglichst oft zur Untersuchung bringt und weil diese, wenn krank, in vorbildlicher Weise im Altonaer Krankenhaus (Prof. Bruck) behandelt werden. Die weibliche Zervixblennorrhoe ist restlos heilbar, wie sich nach 29jähriger Behandlung und weiterer Beobachtung an tausenden Mädchen sagen läßt, wenn nur von allen jetzt bewährten Behandlungsmethoden Gebrauch gemacht wird. Nur Ärzte, die diese Methoden beherrschen, dürften die weiblichen Tripperkranken behandeln.

Frl. de Lemos: Weder die Bordellierung noch die Kasernierung dienen einer gerechten und sinngemäßen Bekämpfung der Prostitution; sie erreichen nur, daß nicht andauernd das Anstandsgefühl der Bürger durch die Prostituierten und ihren Anhang verletzt wird. Dasselbe gelingt aber auch ohne Reglementierung bei einer streng durchgeführten Straßenaufsicht. Die jetzige Zahl von etwa 25 Beamten für diesen Dienst in Hamburg ist dafür allerdings nicht ausreichend. Daß bei den Kontrollmädchen und ihren Besuchern die Infektionen seltener sind, liegt weniger an den polizeilichen Kontrolluntersuchungen, die ja nur die Mädchen betrifft, als an der sachkundigeren Prophylaxe und

Digitized by Google

spricht nicht für die Reglementierung, sondern für die bessere Verbreitung der Kenntnis der Prophylaxe. Besonders schädigend an dem bisherigen System ist das Kontrollbuch, das der eingeschriebenen Prostituierten in die Hand gegeben wird und die Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung enthält, von ihr aber als Ausweis zur ungehinderten Ausübung ihres Gewerbes benutzt wird. Das Kontrollbuch ist das Dokument der Ausstoßung aus der bürgerlichen Gesellschaft und erschwert die Rückkehr ungeheuer; hierdurch wird zum Beruf, was bis dahin mehr oder minder häufiges Entgleisen war.

Die Bestimmungen des neuen Gesetzentwurfes ermöglichen eine andersartige, wirksamere Bekämpfung der Prostitution und der Geschlechtskrankheiten: Bestraft wird jeder — Mann oder Frau —, der öffentlich Anstand und Sitte verletzt; einerlei, ob es gewerbsmäßig oder gelegentlich geschieht. Die Polizei nimmt nur die Sistierungen vor. Alle diejenigen, die im Verdacht der Verbreitung von Geschlechtskrankheiten stehen — das tun alle, die sich prostituieren —, werden von einer Gesundheitsbehörde ärztlich untersucht, nachuntersucht und eventuell zwangsmäßig behandelt. Nachfolgende fürsorgerische Maßnahmen sind vorgesehen. Hierdurch wird öffentliche und geheime Prostitution erfaßt, sozialhygienisch wirksam und ohne einseitige Härten.

Trömner: Wenn wir auch die Prostitution als unvermeidliches Übel anerkennen, so muß sie doch in ihren Folgen bekämpft werden. Jedes Übel aber, sei es epidemischer, krimineller oder politischer Art, wird um so sicherer beobachtet und bekämpft werden können, je mehr es lokalisiert resp. eingeengt wird. Große Oberflächenverbreitung aber muß jedes ihm verbundene Übel ausbreiten: die Gefährdung öffentlicher Sittlichkeit, das Zuhältertum, das mit der Prostitution verbundene Verbrechertum, die Homosexualität, Alkoholismus, Kokainismus und vor allem Geschlechtskrankheiten. Alle diese Folgen wird man um so eher einschränken, je mehr man die Prostitution örtlich und zeitlich — natürlich vernünftig und zeitgemäß — lokalisiert. Jetzt ist fast die ganze Stadt Überschwemmungsgebiet. Ob Kasernierung oder Straßensystem ist zweite Frage. Krefeld und noch mehr Bremen berichten von letzterer sehr gute Erfolge. In Hamburg sind jetzt ganze Stadtteile sittlich verseucht; die Gefahren für Kinder und Jugendliche sind enorm, wie eine Menge Beispiele lehren können. Zuhältertum, Ausbeutertum usw. ließen sich durch ein geeignetes Wohnsystem unter behördlicher Aufsicht vermeiden. Aber die Aufsicht müßte ärztlichen Organen übertragen werden, da die sogenannte Sittenpolizei vollkommen versagt hat.

Nur ärztlichen Personen möchte ich auch das heikle Kapitel der sexuellen Aufklärung in der Schule reservieren. Nur der Arzt besitzt Autorität, Objektivität der sittlichen Einstellung und Freiheit genug von den zum Teil unsinnigen Theorien der modernen Pädagogik, um zur rechten Zeit die rechten Ratschläge geben zu können, ohne falsche Neugier oder Begierden anzuregen.

Knack (als Gast): Da ich als Mitglied der Bürgerschaft in erheblichem Grade mitverantwortlich bin für die Schließung der Hamburger Bordelle (der allerdings von allen Parteien zugestimmt wurde), stelle ich mit Befriedigung das Ergebnis des heutigen Abends fest, das darin gipfelt, daß von keiner Seite die Hamburger Bordelle verteidigt worden sind; von sehr maßgeblicher Stelle sind sie sogar als ein Schandfleck bezeichnet worden. Wenn man auch über den Zeitpunkt der Schließung der Bordelle noch weiter hätte diskutieren können, so kann doch denen, die diesen Schandfleck so bald wie möglich beseitigt haben, ein Vorwurf nicht gemacht werden. Mein Gewissen ist also völlig beruhigt. Für die Befürworter der Schließung der Bordelle waren entscheidend die sozialen Gründe. Bei der Schwierigkeit der Bekämpfung der Prostitution ist es überhaupt nicht möglich, einen Weg als den einzig richtigen zu bezeichnen. Es müssen Vorteile und Nachteile jedes vorhandenen oder vorgeschlagenen Systems abgewogen werden. Für mich senkte sich die Wagschale zuungunsten der Bordelle, da die sozialen Nachteile schwerwiegender waren als die hygienischen Vorteile. Mein Gewissen wird dagegen beunruhigt, wenn ich den Eindruck habe, daß heute manche Teilnehmer die Versammlung verlassen könnten in der Überzeugung, es wäre doch möglich, an Stelle des verlassenen Bordellierungssystems ein anderes System der Kasernierung, etwa nach dem Bremer Vorbilde, zu setzen. Bei der Schwierigkeit der Materie diskutiere ich als Anhänger des Abolitionismus gern mit jedem Reglementaristen, der bereit ist, seine Forderungen mit allen Konsequenzen durch- und auszudenken. Während für eine kleinere Provinzstadt oder unter außergewöhnlichen, z. B. militärischen Verhältnissen eine Reglementierung eine gewisse Aussicht bietet, die Prostitution in größerem Umfange unter ärztliche Kontrolle zu stellen, ist für eine Millionenstadt wie Hamburg von einer derartigen Maßnahme nichts zu erwarten. Selbst wenn man das Bremer Kasernierungs-

Digitized by Google

system in einem den Ansprüchen Hamburgs angemessenen Umfange durchführen würde, wäre sofort die Frage aufzuwerfen, was verheerender auf die gesellschaftlichen Zustände unserer Stadt wirken würde: die jetzt vagierende Straßen- und Lokalprostitution oder ein derartiges Prostitutionsviertel. Ganz abgesehen davon, daß große Teile der Männerwelt sicherlich nicht derartige Kasernierungsviertel frequentieren würden, sondern die Anknüpfung des freien Sexualverkehrs in anderer Form, in Bars, Tanzlokalen oder Kabarets und dergleichen, bevorzugen würden, eine psychologische Tatsache, die ebenso berechtigt ist, wie die von Bruck hier betonte, nicht außer acht gelassen werden darf. Auch würde eine wirksame Reglementierung einen unendlich großen staatlichen Apparat erfordern, vor allem aber zur Voraussetzung haben, daß der Staat als solcher die moralische Verantwortung für die von ihm geschaffenen Einrichtungen übernimmt und nicht sich, wie bisher, mit verschämter Duldung begnügt. Die Plattform, die im Reichsgesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gegeben ist, scheint mir eine möglichere, ehrlichere und mehr Erfolg versprechende Kampfesweise zu garantieren. Vorurteilslose Aufklärung in weitestem Umfange und liberalste Bereitstellung von Verhütungs- und Behandlungseinrichtungen müssen zur selbstverständlichen Parole werden. Ich habe die Überzeugung, daß durch diese neue Art des Kampfes gegen die Geschlechtskrankheiten, bei der auch die neuzeitliche Einstellung der Frauenwelt gerechte Berücksichtigung finden kann, das zu erreichen ist, was die Reglementaristen in einem Jahrhundert trotz fleißigster Statistiken nicht erreicht haben. Wenn die Diskussion am heutigen Abend in einem meist versöhnlichen Tone geführt wurde, so beruht das darauf, daß die hier zu Worte gekommenen Vertreter des Abolutionismus sich auch noch nicht gänzlich vom Gedanken der Gesundheitskontrolle und Listenführung und von der Sehnsucht nach dem Schutzmann freigemacht haben. Vielleicht wird in Deutschland wie in Hamburg nach Erlaß des durchaus nicht völlig klare Richtlinien schaffenden Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten die weitere Entwicklung auf einem goldenen Mittelwege liegen, den zu finden sich beide Parteien am heutigen Abend wenigstens die Hand entgegengestreckt haben.

Ritter: Ich kann mich in meinen Auslassungen kurz fassen, da mein Standpunkt der gleiche ist wie von Mulzer, Wichmann und Bruck.

Ich habe statistisches Material zur Hand, Zahlen, an denen nicht zu rütteln ist, und die beweisen, daß man durch Reglementieren und Kasernierung außerordentlich die Geschlechtskrankheiten eindämmen kann. Ich bin mir vollkommen bewußt, daß, wenn ich jetzt von Kriegszeiten sprechen werde, Sie mir den Einwand machen werden, das seien keine normalen Zeiten und deshalb nicht für uns verwertbar. Nun, ich weiß nicht, ob man die heutigen Zeiten als normal bezeichnen kann, und dann sind die Zahlen so beweiskräftig, daß sie auch, anormale Zeiten vorausgesetzt, eine Beweiskraft in Anspruch nehmen können.

Nach der Einnahme von Riga durch die Deutschen im Jahre 1917 wurde ich dorthin kommandiert, um die Prostitution zu regulieren. Wir haben das mit deutscher Gründlichkeit getan, und um kurz zu sein, folgende Resultate erzielt. Während im ersten Monat von allen Frauen und Mädchen, die wir aufgriffen, 48% krank waren, fanden wir nach einem Jahre nur noch 9%. In diesen Zahlen sind Prostituierte und Nichtprostituierte zusammen. Von den Bordellinsassinnen waren im ersten Monat 35% krank, am Ende des ersten Jahres nicht mehr $^1/_2$%. Die Säuberung machte sich auch bei den Soldaten bemerkbar. Während wir während der ersten drei Monate einen nach Tausenden zählenden Abgang von Soldaten durch Geschlechtskrankheiten hatten, waren wir am Ende des ersten Jahres in der Lage, das große Geschlechtskrankenlazarett in Riga zu schließen und die wenigen Infizierten nach Libau weiterzuleiten, wo sich eine wesentlich kleinere Station befand.

Das sind Zahlen, an denen man nicht vorübergehen kann und die ein deutliches Wort für den Wert der Reglementierung und Kasernierung sprechen. Allerdings muß man mit der nötigen Forsche durchgreifen und die Machtmittel dazu in der Hand haben. Eine selbstverständliche Forderung ist natürlich, daß die Bordelle hygienisch aufgezogen sind in der Weise, wie es Mulzer vorhin geschildert hat. Die Mißstände, die Röschmann in Bordellen gefunden hat, können den Wert der Kasernierung nicht verringern; sie werden bei der richtigen polizeiärztlichen Überwachung nicht vorkommen.

Man komme mir nicht mit der Forderung: Gut, wenn Ihr die Frauen reglementiert, so führt auch die Männer einer regelmäßigen zwangsweisen ärztlichen Untersuchung zu. Das ist eine absolut ungerechte Forderung. Bis auf die § 175-Männer macht der Mann kein, die Prostituierte aber ein Geschäft mit ihrem Körper. Jedes Geschäft wird

Digitized by Google

in Deutschland kontrolliert; ob man mit Automobilen oder Früchten oder Fleisch handelt, alles steht unter staatlicher Kontrolle. Und ausgerechnet das Geschäft, bei dem mit der für die Volksgesundheit wichtigsten Ware gehandelt wird, dem menschlichen Körper, das soll nicht kontrolliert werden? Die Forderung ist unlogisch. Das Geschäft betreiben aber nur die Frauen, nicht die Männer; deshalb ist die Forderung, die Männer in der Beziehung den Frauen gleichzustellen, nicht gerecht. Den Pessimismus bezüglich der Heilbarkeit der weiblichen Blennorrhoe, wie ihn Pinkus vertritt, kann ich nicht teilen. Schon die Tatsache, auf die die Abolutionisten aufmerksam machen, daß die älteren Prostituierten nicht die Ansteckungen verbreiten, sondern die jungen, beweist ja, daß die älteren praktisch geheilt sind.

Und nun noch eine Bemerkung, eine Beobachtung, die vielleicht auch geeignet ist, das Eindringen der Prostitution in die Familie als schweren gesundheitlichen Volksschaden zu kennzeichnen. In Hamburg haben nach dem Kriege die extragenitalen Primäraffekte zweifellos zugenommen, auch bei virginellen Personen. Ich halte es nicht für unmöglich, daß diese Tatsache auf die ubiquitäre Prostitution zurückzuführen ist.

Ich habe absichtlich von der gesundheitlichen Seite der Prostitutionsgefahr gesprochen, weil wir nur ein Forum von Ärzten sind, die sich mit der Frage beschäftigen wollen. Die Gefahren sind groß; weit größer aber sind die Gefahren der Prostitution auf sozialem, ethischem, moralischem Gebiete, die von anderen Rednern genügend beleuchtet worden sind.

A. Philippson: Wer die Geschichte der Hamburger Prostitution schreiben wollte, müßte zunächst die Zustände der konzessionierten Bordelle in Alt-Hamburg schildern. Es würde sich zeigen, daß diese Einrichtung dem Hamburger Staate viel Geld eintrug, desgleichen den Wirten, der Männerwelt ein hohes Maß von Sicherheit bot, dagegen die Prostituierten zu weißen Sklavinnen machte, die nie aus dem Schuldverhältnis herauskamen. In den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts, deren ich mich noch gut erinnern kann, bestand meines Wissens eine von Staats wegen sanktionierte Ausbeutung nicht mehr, wohl aber dasselbe Abhängigkeitsverhältnis von den Unterkunft, Kost und Kleidung gebenden Wirten. Erst allmählich erlangten die Mädchen in den Bordellstraßen ihre wirtschaftliche Unabhängigkeit.

Was das Verhältnis der öffentlichen zur geheimen Prostitution anlangt, so darf man wohl behaupten, daß eine geheime Prostitution in den 70er Jahren so gut wie nicht existierte. Denn wenn man den Umfang der damaligen Bordellstraßen kennt, wird man zu diesem Schluß gedrängt. Da war eine Straße: der Dammtorwall — vom Dammtor bis zum Holstentor —, so ausgedehnt, daß er alle die in den letzten Jahren noch in den Bordellstraßen der inneren Stadt wohnenden Mädchen hätte aufnehmen können. Außerdem bestanden das große Gängeviertel, in der Altstadt und in der Neustadt, mit Insassinnen der niederen Prostitution, einige mehr isolierte Straßen, die eine gewisse Berühmtheit hatten, und endlich die in der Hafengegend St. Pauli befindlichen Bordellstraßen.

An dem Prinzip der Isolierung hielt die staatliche Behörde, vertreten durch den Polizeiherrn, so lange wie möglich fest. Die ältere Generation wird sich wohl noch erinnern, daß im Reichstag Brandreden gegen die Hamburger Bordelle gehalten wurden; auch offizielle Anfragen und Ermahnungen aus Berlin kamen, die von Hamburg dann mit der Begründung zurückgewiesen wurden, daß Bordelle in polizeitechnischem Sinne nicht existierten. Zwei Faktoren waren es, welche die Kasernierung mehr und mehr einschränkten: die Anlegung der Durchbruchsstraßen mit Beseitigung des Gängeviertels und die Agitation der Moralphilosophen und Frauenvereine, die schließlich die Aufhebung aller Bordellstraßen durchsetzten.

In dem Maße, wie die öffentliche Prostitution abnahm, kam die geheime auf. Daß letztere jetzt bei weitem überwiegt, ist nicht verwunderlich. Wieder setzt die Agitation ein, geführt von Theoretikern und Frauenvereinen, auch die regelmäßige Untersuchung der öffentlichen Mädchen ganz aufzugeben. Diejenigen Stimmen aus Fachkreisen, welche die Bewegungen unterstützen, weisen auf die Einrichtungen Englands und der nordischen Staaten hin, ferner auf das zu erwartende Seuchengesetz in Deutschland. In ausführlicher Weise ist die entgegengesetzte Ansicht vertreten worden. Ich darf vielleicht meine persönlichen Gründe anführen, die mir die Beibehaltung der Kontrolle wünschenswert erscheinen lassen. 1. Die schlimmsten Fälle von Ansteckungsfähigkeit werden durch die Kontrolle ausgemerzt, und 2. alle hygienischen Vorschriften für die Prostitution lassen sich nur bei den Kontrollierten einführen und durchsetzen.

Digitized by Google

Ich denke hier an meine Vorschläge, die Prostituierten zur Abgabe von Schutzmitteln anzuhalten, wie ich sie in Nr. 17 des Norddeutschen Ärzteblattes beschrieben habe. Die Ausführungen Mulzers, der das Straßburger Kontrollsystem schilderte und das Vorhandensein solcher Schutzmittel dort angab, machen weitere Bemerkungen meinerseits unnötig. In den herumgereichten Thesen habe ich meine Stellungnahme wiedergegeben.

Philippson stellt dann noch folgende Thesen zur Bekämpfung der Gefahren der Prostitution auf.

1. Die Prostitution ist als Seuchenherd in moralischer und physischer Hinsicht anzusehen.

2. Die Allgemeinheit hat daher nicht nur ein Recht, sondern auch die Pflicht, Abwehrmaßregeln zu ergreifen.

3. In bezug auf moralische Abwehr ist zu fordern, daß die Prostituierten nicht bei Familien wohnen, die Kinder bei sich haben, daß das Umherstehen und Anlocken auf den Straßen verboten und das Zuhältertum unterdrückt wird. Andererseits müssen die Prostituierten vor Ausbeutung geschützt werden. § 180 des Strafgesetzbuches (Kuppeleiparagraph) ist in diesem Sinne abzuändern.

4. In bezug auf körperliche Ansteckung wird man nur dann von einer Registrierung absehen können, wenn die folgenden Bedingungen erfüllt sind.

5. Von Fachärzten ist die beste Methode des Selbstschutzes festzustellen.

6. Das oder die empfohlenen Mittel hat die Prostituierte — unter Strafandrohung — jedem Besucher zum Selbstkostenpreis abzugeben.

7. Bei Verdacht der Ansteckung kann die Prostituierte freiwillig und kostenlos die Beratungsstellen für Geschlechtskranke aufsuchen, muß dies jedoch zwangsweise auf begründete Anzeige.

8. Ist eine Geschlechtskrankheit festgestellt, so verlangt die Gesundheitsbehörde eine sachgemäße ärztliche Behandlung bis zur Heilung. Letztere ist gleichfalls in sachgemäßer Weise nach den besten Methoden zu konstatieren.

9. Die unter 7 und 8 geforderten Maßnahmen sind nur ein besonderer Teil der allgemein zu stellenden Forderung, daß Geschlechtskrankheiten nur von Ärzten festzustellen und zu behandeln sind.

Die hier wiedergegebenen Thesen berücksichtigen nur den ärztlich-hygienischen Standpunkt und lassen alle juristischen und polizeilichen Ausführungsbestimmungen fort, da hierzu eine besondere Sachkenntnis erforderlich ist. Sollte man durch die Forderung 3 der Hauptsache nach zur Kasernierung gelangen, so entspräche diese einem alten Herkommen, das sich in moralischer Beziehung am meisten bewährt hat. Soweit einige der Forderungen bereits erfüllt sind, schien es doch zweckmäßig, sie der Vollständigkeit halber mit aufzunehmen.

Delbanco wendet sich in seinem Schlußwort scharf gegen Wichmann. Er weist es weit von sich, therapeutischer Nihilist zu sein. Etwas ganz anderes sei es, sich außerstande zu erklären, einem Mädchen mit Zervixblennorrhoe oder sekundärer, eben abgeheilter Lues zu bescheinigen, daß sie eine gesunde Ware darstelle. Wenn Bruck ihn einen Theoretiker nenne, so tröste er sich mit den viel erfahrensten wie Pinkus, Finger, Jadassohn und den vielen nordischen, holländischen, englischen, italienischen, schweizerischen usw. Autoritäten, die ein altes, innerlich zermürbtes, nach jeder Richtung hin sinnloses System wie die Reglementierung verlassen haben. Finger habe vollkommen recht, daß die sanitätspolizeiliche Untersuchung auf dem Standpunkt wie vor 100 Jahren beharre. D. konstatiere für heute, daß die Vorstandsmitglieder der Derm. Ges. von Hamburg-Altona: Brinitzer, Bruck, Hahn, Mulzer, Ritter, Wichmann, begeisterte Anhänger der Reglementierung seien und er, D., sich in splendid isolation befinde[1]).

---

[1]) Nachträglich sind Prof. Delbanco die folgenden beiden Entschließungen offiziell zugegangen:

I. Der Schulbeirat in Hamburg hat über die Gefährdung der Hamburger Jugend durch die Prostitution und die Abwehr dieser Gefahr beraten. Er unterbreitet der Öffentlichkeit das Ergebnis seiner Beratung in folgender Entschließung: Der Schulbeirat muß im Interesse der Schuljugend auf das nachdrücklichste von den zuständigen Behörden die Bekämpfung der jetzt in der Öffentlichkeit überhandnehmenden Unsittlichkeit fordern: 1. Er erhebt aus erzieherischen Gründen energischen Widerspruch gegen die Wiedereinführung von Bordellen oder ähnlichen Einrichtungen und sieht als wirksamstes Hilfsmittel gegen die öffentliche Unsittlichkeit den Abbau der Reglementierung der Prostitution an. 2. Dazu wünscht er ausgedehnte fürsorgerische Maßnahmen des

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 148, H. 3.

Über positive Eisenbefunde in den Epithelien der apokrinen Schweißdrüsen menschlicher Axillarhaut, von H. Homma, Path. Inst. Wieden-Wien und Hyg. Inst. Basel. S. 463—469. Ganz regelmäßig findet sich mit Hilfe der Turnbull-Reaktion (Schwefelammon und nachträglicher Behandlung mit Ferrozyankali-Salzsäure) Eisen in den Epithelien der apokrinen Drüsen der Axilla, der großen Axillardrüsen Köllikers, die ihren Ausgang von den Haaranlagen nehmen. Das Eisen liegt in Form sich blau färbender Körnchen in den Epithelzellen der Drüsenschläuche. Die ekkrinen, von der Hautoberfläche ausgehenden Drüsen der Axilla führen kein Eisen. Mit Ausnahme einer einzigen a-Drüse in der Zirkumanalgegend konnte in a- oder e-Drüsen anderer Körperregionen niemals Eisen nachgewiesen werden; dieser positive Eisengehalt in den a-Drüsen der Axilla ist demnach als ein spezifisches Merkmal der Drüsen dieser Gegend zu betrachten.

Über den feineren Bau der Cuticula (Epidermicula) des menschlichen Haares. Schlußwort zur Diskussion mit Prof. W. Friboes, von W. J. Schmidt, Zoolog. Inst. Bonn. S. 470—477. Neue Belege dafür, daß das Haar von einer Kutikula in seiner ganzen Länge überzogen ist, die durch die Ammoniak-Schwefelsäuremethode zum Abblättern gebracht werden kann. Die Behauptung von Friboes, daß die Kutikula in einem gewissen Niveau des Haares abbreche und von da ab fehle, ist nicht richtig.

Zur Klinik und Pathologie der Sproßpilzerkrankungen, von L. Arzt, Hautkl. Wien. S. 478—488. Die 36jähr. Pat. hat auf der rechten Wange einen 4 cm langen,

---

Staates für gesundheitlich und sittlich gefährdete Menschen männlichen und weiblichen Geschlechts. 3. Die unhaltbaren Zustände des Augenblicks erfordern durchgreifende Maßnahmen gegen die Brutstätten der Prostitution, z. B. gegen schamlose Stücke in Kinos und Theatern, gegen gewisse Tanzlokale, Bars, Dielen und ähnliche Stätten, soweit sie durch ihre Lage und ihre äußere Aufmachung sinnfällig die Vermittlungsstelle und den Anreiz geschlechtlichen Verkehrs auf dem Wege der Prostitution darstellen. 4. Außerdem verlangen die gegenwärtigen Erscheinungen der Prostitution in Hamburgs Straßen eine gründliche Änderung der Maßnahmen von Polizei und Wohnungsamt, die beide auch nach den heutigen Gesetzen viel wirksamer eingreifen könnten, als sie bisher zu tun scheinen.

II. Im Verfolg ihrer allgemeinen Entschließung vom 15. Februar 1922 erklärt die Synode, die oberste Vertretung der gesamten evangelisch-lutherischen Kirche im hamburgischen Staate: 1. Die furchtbare Entwicklung der Prostitution in Hamburg verlangt energische Gegenwirkung in einer Richtung, die den Forderungen des christlichen Gewissens entspricht. 2. Damit erscheint die Lösung der Frage durch Bordellierung, Kasernierung und ähnliche Maßnahmen — so sehr auch die ernsten Bedenken derer, die für die letzten eintreten, zu würdigen sind — ausgeschlossen, da dabei unausweichlich die Würde der Frau gefährdet, das sittliche Empfinden irregeleitet (doppelte Moral) und die Ehre des Staates verletzt wird. 3. Als notwendig und möglich erscheint uns die Durchführung folgender Maßnahmen: a) Beendigung der Einschreibungen (Reglementierung); b) energische Sorge für die Reinhaltung der Straßen und für den Schutz von Familien mit Kindern; c) strenge Überwachung aller Tanz- und Vergnügungsstätten, die das sittliche Leben gefährden. 4. Die Synode begrüßt die Ansätze zur vorbeugenden Fürsorge für die erst im Abgleiten befindlichen Mädchen und fordert ihren weiteren pfleglichen Ausbau. 5. Die Kirche fühlt die Mitverantwortung gegenüber dem Elend der Versinkenden und ist bereit, mit ihren Kräften an der Überwindung dieser Nöte mitzuarbeiten.

Digitized by Google

2 cm breiten Herd, der nach Entfernung vorhandener Auflagerungen ein seichtes Geschwür mit nässendem, zart granuliertem Grunde mit ziemlich harten Rändern in normaler Umgebung zeigt. Fast symmetrisch auf der linken Wange eine papulöse Efflorescenz von Linsengröße mit rotem Randsaum und kleiner zentraler Borke. Das histologische Bild einer Exzision aus dem Ulkus der rechten Wange läßt große vakuolenartige Zellen in der Epidermis und in der Kutis erkennen, die vielfach Hefeformen, größere Kugeln sowie kleinere bis kleinste Degenerationsgranula enthalten. In Ausstrichpräparaten aus dem Geschwürsgrunde fanden sie sich desgleichen. Ihre Lagerung ist teils intra-, teils extrazellular. Sie färben sich mit Methylenblau, auch mit Gram, aber ziemlich unregelmäßig, mit Ziehl nicht. Die Kultur gelang namentlich auf zuckerhaltigen Nährböden; der Keim bildete Säure, aber kein Gas. Merkwürdigerweise wurde aus dem Blute eine Hefe gezüchtet, die sich morphologisch sowie auf dem Kulturboden (Gasbildung) vom Ulkusstamm unterscheidet. Es gelang die Überimpfung auf Tiere sowie auf die Pat. selbst. Der Keim ist als torulaartige Spezies oder als eine kugelige Hefe ohne Gärkraft zu bezeichnen, das Krankheitsbild als Blastomykose (europäische Sproßpilzaffektion).

Über das Vorkommen der Impetigo herpetiformis bei nichtgraviden Frauen und bei Männern, von C. Bruhns, Hautabt. Städt. Krkhs. Charlottenburg. S. 489—499. Eine 42jähr. Frau, nicht gravid, erkrankt unter hohem Fieber: Hauteruptionen, die von den Achselhöhlen, der Inguinal- und Glutäalgegend ihren Ausgang nehmen und sich über weite Körperstrecken ausdehnen, mit zentraler Krustenbildung resp. Epitheldefekten, ferner Gruppen und Reihen von randständigen miliaren Pusteln auf geröteter Basis und einzelne Gruppen kleiner Eiterbläschen. Die ganz gleichartigen Bläschen zeigen sofort bei ihrem Auftreten getrübten Inhalt, der anscheinend steril ist. Blutbefund steril. Nach dreiwöchigem, sehr schwerem Verlauf geht die Erkrankung allmählich in Heilung über. Nach zweijähriger Pause treten die gleichen Erscheinungen wieder auf, aber leichter und kürzer. Nach einem weiteren Jahre ist die Pat. ganz gesund geblieben. Histologisch: Hornschicht dünn, vielfach abgehoben, Epidermis nicht verbreitert. An den Stellen der Blasen nur die obersten Schichten abgehoben, die anderen nach unten konkav ausgebogen und etwas abgeplattet, von Leukozyten durchsetzt. In der Kutis mäßig starke lymphozytäre Infiltration, vielfach herdförmig, zum Teil um die Gefäße. Die elastischen Fasern im wesentlichen o. B., nur etwas rarefiziert an den Stellen der Zellinfiltrate. Irgend welche Ursachen waren nicht festzustellen; es sind Störungen des endokrinen Drüsensystems anzunehmen.

Beobachtungen bei einer ausgedehnten Xanthomatose, von D. Adlersberg. I. Med. Kl. Wien. S. 500—508. Eine 51jähr. Frau erkrankt einige Monate nach einer Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe. Es kommt zu einer starken Leber- und Milzvergrößerung und zu ausgedehnter Xanthomatose an Haut, Periost, Sehnen und an den Schleimhäuten. Im Blute deutliche Cholesterinvermehrung; leichte Hyperglykämie im nüchternen Zustande. Verschiedene Momente sprechen für die Beteiligung der Blutdrüsen: Auftreten der Krankheit kurze Zeit nach dem Auftreten der Menses, rapider Haarausfall, Brüchigwerden und Ausfallen der Zähne, Auftreten von Pigmentflecken. Die Untersuchung des Duodenalinhaltes ergab das Vorkommen von Cholesterin, so daß ein Unvermögen der Leber, dieses auszuscheiden, nicht bestand. Dagegen wurde eine Gallensäureanhäufung im Urin gefunden, welche die bei Lebererkrankungen anderer Art vorkommenden Werte noch übertraf. Die Gallensäuren sind dem Cholesterin nahe verwandt und möglicherweise seine Muttersubstanz. Die Überschwemmung des Blutes mit Gallensäuren könnte eine Änderung der Löslichkeitsverhältnisse des Cholesterins, Erleichterung seines Durchtrittes durch die Gefäßwand oder dergleichen bedeuten.

Über Naevus multiplex Pringle (Adenoma sebaceum), von H. Fuhs, Hautkl. Wien. S. 509—515. In fünf Generationen einer 30 Mitglieder starken Familie waren 9 Mitglieder (7 männliche und 2 weibliche) befallen. Klinisch und histologisch wurden 4 und 2 weitere nicht mit dieser Familie verwandte Personen untersucht. Multiple Knötchen und flachpapilläre, derbe kleine Tumoren in den mittleren Gesichtsanteilen, zum Teil mit verschieden gestalteten Effloreszenzen an den Schleimhäuten und der übrigen Haut (Fibrome, Pigmentationen, Depigmentationen), schließlich Papillome der Finger und Zehen. Entweder bereits seit den ersten Kinderjahren vorhanden oder kurz vor der Pubertät auftretend, ließen sie noch einige Jahre eine Zunahme erkennen. Histologisch konnte eine Vermehrung und Vergrößerung der Talgdrüsen nicht wahrgenommen werden. Die Epidermis wenig verändert (gelegentlich Pigmentvermehrung, Verschmächtigung oder Zunahme des Epithels). In der Kutis vermehrtes und keloidartig verdichtetes Binde-

Digitized by Google

gewebe um die Haarbälge und Epitheleinsenkungen, hauptsächlich in den oberflächlichen Kutisanteilen. In diesen reichlich junge Bindegewebszellen, welche die zahlreich vorhandenen Kapillaren begleiten. Die Verlaufsrichtung derselben ist senkrecht zur Oberfläche, nicht mehr dem horizontalen Gefäßnetze entsprechend. Außerdem stellenweise zahlreiche verzweigte Chromatophoren, Nävuszellennester, Mangel und Veränderungen des elastischen Gewebes.

Über eine akute Gewerbedermatitis, von F. Erhart, Hautkl. Wien. S. 516—518. Eine Arbeiterin, die mit dem Umpacken und Auslesen von zersetzten und in Staub zerfallenen Prünellen beschäftigt wurde, bekommt schon am zweiten Tage ein vesikulöspapulöses Ekzem des Gesichtes, Halses und der Hände. Die Materia peccans konnte nicht festgestellt werden.

Die Beziehungen des Morbus Recklinghausen zum endokrinen System. Beiträge zur Klinik und Histologie der Neurofibromatose. I. Klinischer Teil, von L. Szondi und D. Kenedy; II. Histologischer Teil, von D. Miskolczy, Nervenabt. u. Hautabt. der Graf-A.-Apponyi-Polikl. u. Hirnhistol. Inst. d. Univ. Budapest. S. 519—533. In fünf Fällen wurde ein ausgesprochener Habitus endocrinasthenicus festgestellt; die Schilddrüse, Geschlechtsdrüse, Hypophyse, Parathyreoidea, das Nebennierensystem und Pankreas zeigten teils einzeln, teils gruppenweise Hypofunktion. Diese äußerte sich in Beschränkung der Körpergröße bis zum Zwergwuchs, Störungen in der Entwicklung des Skelettes, Schmelzdefekten der Zähne, in hypogenitalen Erscheinungen, beschränkter Entwicklung der Geschlechtsorgane, der sekundären Geschlechtszeichen, eunuchoidem Typ, Umkehrung des Geschlechtstyps, Verzögerung der Pubertät, Änderungen des Stoffwechsels im Wasserhaushalt, Blutzuckermenge und Fettverteilung, Störungen des vegetativen Nervensystems (Vagotonie), des animalen Nervensystems (Reflexe, Paresen) und des Intellektes. Fast voll entwickelt war dieser Habitus in zwei Fällen, in zwei anderen teilweise; in einem Falle war außer der Involution der Schilddrüse keine besondere hormonale Anomalie vorhanden. Der Typus endocrindysthenicus, der als Mikrosomatikus (Hyperovarismus, -orchismus, -interrenalismus und Chondrodystrophie) oder als Makrosomatikus (Akromegalie, Basedow, Hypersurrenalismus usw.) vorkommt, wurde in keinem Falle gefunden. Die Neurofibromatose ist nicht von der Dysfunktion des endokrinen Systems abhängig; dafür sind die Läsionen desselben zu wechselnd. Beide sind vielmehr die Folgeerscheinungen einer gemeinsamen Ursache, wohl einer Schädigung des Keimplasmas. Auf Grund der anatomischen Untersuchungen ist anzunehmen, daß die primäre Erkrankung in einer Proliferation der Schwannschen Zellen, die in palisadenförmige Anordnung übergehen, besteht. Sie ruft Sprossungserscheinungen der Achsenzylinder hervor. Die neugebildeten Äste sind nicht der Ausdruck einer Regenerationstendenz, sondern vitale Erscheinungen, hervorgerufen durch die Reizwirkung der blastomatös proliferierenden Scheidenelemente.

Einige Ergebnisse der experimentellen Syphilisforschung, von R. Frühwald, Hautkl. Leipzig u. Hautabt. des Stadtkrkhs. Chemnitz. S. 534—539. Versuche über die Lebensfähigkeit der Spirochaeta pallida ergaben, daß syphilitisches Material in einem adäquaten Medium lange seine Ansteckungsfähigkeit behält, so z. B. Leicheuteile. Werden Gegenstände (Gläser, Instrumente) mit syphilitischem Material verunreinigt, so werden sie durch bloßes Abspülen mit Wasser nicht sterilisiert, sondern es muß eine mechanische Reinigung oder eine Desinfektion hinzukommen. Temperaturen über 37° vernichten das syphilitische Virus; deshalb ist inaktiviertes Serum nicht infektiös. Liquoruntersuchungen bei Kaninchen ergaben in $13^1/_2$% bei primärer, in 26% bei sekundärer und niemals bei latenter Syphilis einen positiven Liquor. Bei schwacher Salvarsanbehandlung stieg der Gehalt an Zellen im Liquor oder blieb unverändert. Wurde das Serum einer Frühlatenz mit Spirochäten gemischt, so blieb es infektiös; handelte es sich aber um das Serum einer Spätlatenz, so war das nicht der Fall. Auch das Serum einer Frühlatenz unmittelbar nach einer Kur ist nicht infektiös.

Die Histologie der akuten Röntgendermatitis (Röntgenerythem). (Mit besonderer Berücksichtigung der Teilungsvorgänge), von G. Miescher, Hautkl. Zürich. S. 540—592. Die akute Röntgenstrahlenreaktion zeigt nicht immer die klassische Gliederung in Früh- und Hauptreaktion, sondern verläuft häufig unter dem Bilde von drei (seltener vier) aufeinanderfolgenden, durch Latenzzeiten getrennten isolierten oder konfluierten Rötungswellen. Ihr Beginn fällt durchschnittlich in die erste, dritte und sechste Woche. Bei der ersten Welle, dem Früherythem, findet man in der Epidermis nur sehr geringe Veränderungen, besonders pathologische Mitosen und in der Kutis die Zeichen echter Entzündung: Gefäßerweiterung, Rundzelleninfiltration und mehr oder

Digitized by Google

minder reichliche Durchsetzung der Schweißdrüsen, seltener auch der Haarbälge mit polynukleären Leukozyten. Die zweite Welle ist charakterisiert durch Veränderungen in der Epidermis: Größenpolymorphismus der Kerne und Vermehrung derselben. Diese Mehrkernigkeit beruht wahrscheinlich auf Amitose. Sie ist das Zeichen einer nach längerer Teilungsruhe im Intervall zwischen zweiter und dritter Woche wieder erwachten Teilungstätigkeit, die nicht mehr normal, sondern pathologisch abläuft. Echte Mitosen kommen zwar auch vor, sind aber selten und meist abnormal. Die dritte Welle zeigt die gleichen Eigenschaften wie die zweite, nur in noch höherem Maße. In der Regel treten bei stärkerer Reaktion die Zeichen ausgesprochener Zellentartung als hydropische Schwellung hinzu. Die Epidermis erfährt hierbei zunehmende Verdünnung, zuweilen bis zu vollständiger Auflösung. Damit ist der Höhepunkt der Reaktion erreicht; es folgt unter Wiederauftreten von Mitosen vermutlich von weniger geschädigten Elementen aus eine kräftige Regeneration. Die neue Epidermis ist verbreitert und enthält keine mehrkernigen Zellen. In der Kutis sind während der zweiten Welle die Entzündungserscheinungen gering; auch während der dritten Welle selbst auf ihrem Höhepunkte ist dies der Fall. Erst nach Abschluß der dritten Welle bemerkt man Hypertrophie, hydropische Blähung, Mehrkernigkeit von Fibroblasten, Endothelzellen, Muskelzellen und zuweilen auch Fettzellen. Außerdem gibt es bei kräftiger Reaktion noch einen zweiwelligen Typus, welcher schon in der dritten Woche, also im Zeitgebiete der zweiten Welle des dreiwelligen Typus, seinen Kulminationspunkt erreicht. Während die erste Welle dieses Typus keine Unterschiede erkennen läßt, weist die zweite Welle bereits die Züge der dritten Welle des dreiwelligen Typus auf. Der zweizellige Typ entsteht wahrscheinlich dadurch, daß wegen der Intensität der Vorgänge schon die zweite Welle den kritischen Scheitelwert erreicht, welcher die Wendung im Reaktionsverlauf bedingt. Nach Ablauf der Reaktion weist die Epidermis nur noch eine mehr oder weniger lang andauernde Verbreiterung auf, erscheint aber zytologisch bis auf Pigmentierung und zuweilen diffuse Hypertrophie der Zellen normal. In der Kutis dagegen finden sich monate- und selbst jahrelang nach der Bestrahlung noch die Zeichen zellularer Schädigung: Hypertrophie, hydropische Blähung, Mehrkernigkeit einzelner Fibroblasten, Endothelzellen und Gefäßmuskelzellen. Hierin und in der auf einer Hemmung der Teilungsfähigkeit der Zellen bestehenden Zellarmut der Kutis offenbart sich eine Minderwertigkeit des Gewebes. Sie erklärt seine Empfindlichkeit gegenüber äußeren Insulten, z. B. das Auftreten schwerer Läsionen (Ödeme, Nekrosen) nach geringfügigen Anlässen. Die Mehrkernigkeit ist der Ausdruck einer Störung im Teilungsapparat der Zellen. Sie ist für das Bild der Strahlenreaktion von pathognomonischer Bedeutung, da sie in gleich starker Ausbildung nur noch bei präkanzerösen und karzinomatösen Prozessen angetroffen wird.

Über atypische Urticariaformen, von H. Fasal. S. 593—598. Die erste Mitteilung betrifft eine Urticaria pigmentosa, die sich bei einem 59jähr. Pat. entwickelte. Die nicht konfluenten, stecknadelkopf- bis linsengroßen rot-dunkelbraunen, unverändert bleibenden, mechanisch reizbaren rundlichen Flecken und weichen Papeln lokalisierten sich an Stamm und Extremitäten, mit Ausnahme von Handtellern und Fußsohlen. Es fanden sich nicht bloß histologisch in den Effloreszenzen herdförmige Mastzellenanhäufungen, sondern auch eine Vermehrung derselben im Blute (5%). Der zweite Fall, eine Urticaria perstans verrucosa, betrifft eine 39jähr. Frau, bei welcher das Leiden im 19. Jahre begann. Befallen wurden Ober- und Unterarme bis zum Handrücken, später auch die Beine. Die $^1/_2$—1 cm hohen Knötchen erreichen oft Kirschgröße, derb, scharf sich abgrenzend, manchmal exkoriiert oder mit dunkler Kruste bedeckt, braunrot, gelbbraun, gelblich gefeldert, papillär bis verrukös, bevorzugen die Beugeseiten. Daneben vereinzelte Kratzeffekte. Histologisch: Hyperparakeratose und Akanthose, in der Kutis bis zur Subkutangrenze reichende Entzündungsherde aus Lymphozyten, jungem Bindegewebe und einzelnen Eosinophilen. Dieses Krankheitsbild, identisch mit der Prurigo nodularis Hevdt oder dem Lichen obtusus cornée, steht wegen des begleitenden Juckreizes dem Begriff der Urtikaria näher als die Urticaria pigmentosa, welcher dieses Symptom fehlt.

Gummihaut (Cutis laxa) mit dominanter Vererbung, von K. Wiener-Breslau. S. 599—601. In drei Generationen einer Familie von 19 Mitgliederen waren 10 behaftet.

Die sog. Aktivitätsreaktionen bei Hauttuberkulose, von S. Somogyi, Hautkl. Budapest. S. 603—609. Die geprüften Reaktionen: Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörper, Kolloidlabilität des Serums, Vermehrung der Gesamtmenge des Serumeiweißes und Kernverschiebung der weißen Blutkörper, fallen bei Lupus vulgaris, Skrophuloderma und den Tuberkuliden immer positiv aus; nur bei gutartigen stationären Fällen fehlte

Digitized by Google

sie manchmal. Bei den Tuberkuliden ist die Zahl der Eosinophilen auffallend vermehrt. Die Reaktionen scheinen die Folge einer irgendwie gesteigerten Zellfunktion und nicht die eines Zellzerfalles zu sein.

Über Vakzineerkrankungen, von W. Kerl, Hautkl. Wien. S. 610—613. Bei drei Kindern geschah die Übertragung durch ein 1—4 Wochen vorher geimpftes Geschwister. In einem anderen Falle traten beim Impfling am Körper acht Tage nach der Impfung Vakzinepusteln auf; ob es sich um Generalisation oder darum gehandelt hat, daß ein vorausgehendes Ekzem das Haften des Virus begünstigte, war nicht zu entscheiden. In zwei anderen Fällen handelte es sich um eine Übertragung auf ekzemkranke Kinder ebenfalls durch geimpfte Geschwister. Die Vakzinepustelbildung trat disseminiert an allen Stellen gleichzeitig und nur im Bereich des Ekzems auf. Die Inokulation erfolgte demnach von außen her innerhalb eines kurzen Zeitraumes. Dieses Eczema vaccinatum verlief in beiden Fällen sehr schwer; ein Kind starb.

Korrelationszahlen und Nävusätiologie (Bemerkungen zu der Arbeit von H. W. Siemens: „Über die Bedeutung der Erbanlagen für die Entstehung der Muttermäler". Arch. f. Derm., Bd. 147, S. 1—60), von L. Leven-Elberfeld. S. 614 bis 624. Die Tatsache, daß echte Nävi nicht familiär, nicht einmal bei eineiigen Zwillingen vorkommen, erklärt sich dadurch, daß eine völlige Übereinstimmung der Erbanlagen bei Eineiern nicht besteht. Der Einzelnävus ist die natürliche Folge des Hemmungsfaktors der Entwicklung und seine Asymmetrie diejenige der quantitativ und qualitativ ungleichen Teilung. Der Anteil der Erbmasse an der Entstehung der Nävi beträgt mehr als 90%. Nävus ist idiotypisch.

Läßt sich die „keimplasmatische Nävustheorie" aufrechterhalten? (Schlußwort zu den vorstehenden Bemerkungen Levens), von H. W. Siemens, Hautkl. München. S. 625—631. Eineiige Zwillinge sind immer vollständig oder nahezu erbgleich. Der asymmetrische Einzelnävus verhält sich auch bei diesen erbgleichen Personen in seinem Vorkommen völlig verschieden. Demnach liegt die Ursache der Nävi nicht in der Erbmasse; sie ist vielmehr noch unbekannt. Die entwicklungsmechanischen Einflüsse von Weitz und die fötalen Adhärenzen von Apert sind Vermutungen. Nävus ist paratypisch.

Zur Frage des Leukozytensturzes nach intrakutaner Injektion bei Dermatosen, von F. Dietel, Hautkl. Erlangen. S. 632—634. Entgegen der Angabe von Kartamischew und der späteren von E. F. Müller, daß das kranke Hautorgan keinen Leukozytensturz auslöst, ließ sich nachweisen, daß in Fällen von universeller wie umschriebener Hauterkrankung regelmäßig nach der intrakutanen Injektion (10 Min.) eine Verminderung der Leukozytenzahlen um 2000—3000 eintrat, die nach einigen Stunden wieder verschwand. Die kranke Haut unterscheidet sich demnach diesbezüglich nicht von der gesunden.

Morbus Bowen, von L. Arzt und M. Biach, Hautkl. Wien. S. 635—641. Bei einem 41jähr. Manne fanden sich am Kopfe, Hals, Brust, Armen und Rücken ovale, kaffeebraun gefärbte Herde, der Typus der multiplen, fleckförmigen Erkrankung. In einem zweiten Falle, 63jähr. Frau, eine einzelne, zweifelsohne aus mehreren Herden hervorgegangene Plaque der Inguinalgegend. In beiden Fällen Dyskeratose; im Rete geblähte Zellen mit intensiv gefärbtem, randständigem Kern, mit verschieden großen Granula im Protoplasma und mit Kernen bizarrester Form, die Clumpingzellen Bowens. Die Differentialdiagnose gegenüber den Epitheliomen wird gesichert durch den histologischen Befund und das Fehlen von Metastasen in Lymphdrüsen oder inneren Organen. Bezüglich der Paget disease ist die Unterscheidung nur mit Hilfe des histologischen Befundes durchführbar. Beziehungen zum Nävus bietet ein von Riehl mitgeteilter Fall, bei dem sich eine Dyskeratose, allerdings ohne den Befund von „clumping Bowen", zeigte. Die Bowensche Erkrankung gehört zu den präkanzerösen Affektionen; ihre Ursache ist unbekannt, vielleicht spielen Anlageanomalien eine Rolle.

Die Besniersche Prurigo (Bemerkungen zu der Arbeit von Ph. Keller: „Beitrag zu den Beziehungen von Asthma und Ekzem". Arch. f. Derm., Bd. 148, S. 82), von C. Rasch, Hautkl. Kopenhagen. S. 642. Das „spätexsudative Ekzematoid" von Keller-Rost wurde 1903 von Rasch beschrieben als „Besniers Prurigo", weil die lokalen Symptome von anfallsweise auftretendem Jucken eingeleitet und begleitet werden, und weil die Krankheit einen Teil der von Besnier beschriebenen diätetischen Prurigoformen ausmacht. Eine weitere Publikation erfolgte 1913. Hierbei werden die guten Resultate einer lakto-vegetabilischen Diät und die Anaphylaxie mancher Fälle gegen verschiedene tierische Eiweiße erwähnt. Eine weitere Mitteilung soll noch folgen.

H. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen.

Hautkrankheiten, von F. C. Knowles. Verlag Lea & Febiger, Philadelphia und New York 1923.

229 Illustrationen und 14 Tafeln — nicht alle gleichwertig —, aus welchen aber doch viel erkannt und zum Teil auch „diagnostiziert" werden kann, schmücken eines der jüngsten amerikanischen Lehrbücher. Es ist fünf der hervorragendsten Dermatologen Amerikas gewidmet. Unter diesen ist der vielerfahrene Hartzell an dem pathologisch-anatomischen Teile des Buches indirekt beteiligt durch Heranziehung seines einschlägigen Werkes.

Dem Zuge der Zeit folgt der Autor, wenn er die Biologie der Haut überall in den Vordergrund treten läßt. Das biologische Werden und Geschehen drängt sich ja auch keinem Kliniker so auf wie dem Dermatologen. Dabei ist Knowles durch und durch Lehrer, der dem Studierenden überall festen Boden unter die Füße gibt, ihn fernhält von den schwierigsten Streitfragen, ihn beispielsweise geschickt hindurchsteuert durch die Ekzem-Dermatitisfrage, von Unnas Mikrochemie das allseits Unbestrittene sich aneignet, in der Diagnose auf die regionäre Verteilung der gewöhnlichen Hautkrankheiten und ihrer typischen Elementarläsionen großen Wert legt, in den Spezialmethoden der Diagnose die „Skin Tests" sehr bevorzugt, um die Überempfindlichkeit gegen bestimmte Stoffe und Infektionen und damit die Ätiologie festzulegen.

In der Therapie spielen für den Amerikaner interne Mittel, Diät, Bäder die ihnen zukommende Rolle. Die Elektrolyse wird sehr eingehend gewürdigt, mit ihr natürlich die gesamte Lichtbehandlung.

In jedem ausländischen Lehrbuch muß bei der Bevorzugung uns weniger geläufiger interner Mittel die Dermatitis medicamentosa nicht das geringste Interesse abgewinnen. In einem amerikanischen Lehrbuch fallen die Affektionen der Negerhaut und auf dieser das veränderte Aussehen der Krankheiten der weißen Haut besonders in die Augen. Der Dermatologe einer europäischen Hafenstadt ist sich dieser Schwierigkeiten bewußt.

Von ihm bislang unbekannten selbständigen Krankheitsbildern lernte Referent u. a. kennen: Goundou. Als Synonyme werden angeführt Anaklire, Henpuye, Bignose, Dognose. Das Erythema elevatum diutinum scheint drüben bekannter als bei uns zu sein. In dem Warzenkapitel fesselt aus vielerlei Gründen die Bezeichnung des Condyloma acuminatum als Verruca acuminata.

Eine irgendwie befriedigende Einteilung der Hautkrankheiten ist natürlich auch Knowles nicht gelungen, wenn auch seine Systematisierung manches Bestechende hat und dem Lernenden das kaum zu bezwingende Gebiet nicht noch unpassierbarer macht.

Die stündlich schwieriger werdenden Problemstellungen in den Lehren der Tuberkulose und der Syphilis sind in den besonders reich illustrierten Kapiteln mit aller Vorsicht und Klugheit berührt.

Eine gute Übersetzung des gegen 600 Seiten starken Lehrbuches dürfte amerikanische und deutsche Lehrer auf dem gegenwärtig fruchtbarsten Gebiete klinischer Medizin einander noch näher bringen.

Nur als Beweis des genauen Studiums des Buches darf Referent darauf hinweisen, daß die sogenannte Fordycesche Krankheit, die bekannte gelbe Körnelung der Wangen- und Lippenschleimhaut, die Knowles auf eine granuläre Veränderung des Zellprotoplasmas zurückführt, doch schon längst aufgeklärt worden ist, und zwar durch die gleichzeitige Entdeckung der freien Talgdrüsen der Mundschleimhaut von Audry (Toulouse) und Delbanco. Und zwar erfolgten die einschlägigen Publikationen 1899, drei Jahre nach Fordyces Betonung der Affektion (vgl. Delbanco, Zur Klinik der Fox-Fordyceschen Krankheit. W. m. W., 1925, Nr. 6).

Diesseits des Ozeans sprechen wir auch von einer Plaut-Vincentschen Angina. Die „Vincent's disease" ist nach des Referenten Erfahrung noch immer nicht genug Allgemeingut des Praktikers.

Aber diese und andere Ausstellungen können Anerkennung und warme Empfehlung des klar und schön gedruckten Buches nicht schmälern. E. Delbanco-Hamburg.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

e. Therapie.

Treatment of General Paralysis by Malaria (Die Behandlung der Dementia paralytica mit Malaria), von T. W. Davidson-Glasgow. (Brit. m. J., 1925, Nr. 3349, S. 452.) Die Malariabehandlung hat Verf. bei 53 Fällen von Dementia paralytica angewandt und nach einjähriger Beobachtung folgende Resultate erzielt: bei 7 Fällen vollständige Beseitigung aller Symptome, bei 9 Besserung in geistiger und körperlicher Hinsicht, bei 17 geringe geistige, deutliche körperliche Besserung, bei 3 keine Änderung, die restierenden 15 sind im Laufe des Jahres gestorben. Die Infektion wurde teils durch infizierte Moskitos (Anopheles maculipenna) übermittelt, teils durch subkutane (einmal) und intramuskuläre, aber vorzugsweise intravenöse Injektion von plasmodienhaltigem Blute. Wenn möglich, ließ man zehn Fieberanfälle durchmachen, aber die erreichte Durchschnittszahl war sieben. Im allgemeinen machte die Kupierung der Malaria keine Schwierigkeit bei präziser Durchführung der dreitägigen Verabreichungen von je 1,8 g Chinin, doch war beachtenswert, daß die von Moskitos übertragene Malaria sich als hartnäckiger und mehr zu Rezidiven Anlaß gebend erwies als die direkt inokulierte. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

General Paresis and Its Treatment with Malaria (Progressive Paralyse und ihre Behandlung mit Malaria), von H. Goodman-New York. (M. Record, 1925, Bd. 121, Nr. 7, S. 417—419.) Gelegentlich der Malariabehandlung der progressiven Paralyse drängen sich dem Verf. Erwägungen auf, die davon ausgehen, daß bei gewissen Völkern, trotz weitgehender Durchseuchung mit Syphilis, das Nervensystem von der Erkrankung frei bleibt. Das ist der Fall in den Tropen, in denen kaum ein Einwohner von Malaria verschont bleibt, so daß man an eine natürliche Malariabehandlung denken könnte. Man könnte jedoch auch daran denken, da die Framboesie in vieler Beziehung der Syphilis gleicht, sich jedoch von ihr durch das Fehlen nervöser Komplikationen unterscheidet, daß eine Transmutation der die Framboesie erzeugenden Spirochäte zu der Spir. pallida der Syphilis stattgefunden habe; daß die mögliche Symbiose von Spirochäte und Malariaplasmodium in den Tropen Framboesie oder Yaws, dieselbe Spirochäte bei Abwesenheit des Malariaplasmodiums in der übrigen Welt Syphilis bewirkt. E. Levin-Berlin.

Die Behandlung der progressiven Paralyse mittels Malariaimpfung, von S. Kogan u. B. Rubinstein. (Westnik Sowremennoi Medicinij, 1925, Nr. 3.) Bericht über 50 Fälle von progressiver Paralyse, die mit Malariaimpfung behandelt wurden, wobei in 15 Fällen eine vollkommene Remission mit Wiedergewinn der Arbeitsfähigkeit und in 8 Fällen eine gute Remission mit teilweiser Rückkehr zur Arbeit erzielt wurde. In 3 Fällen war die Besserung gering, in 17 Fällen kam es zu keiner Besserung; 4 Kranke starben und in 3 Fällen mißlang die Impfung. Was im Speziellen die verschiedenen Formen der progressiven Paralyse anbetrifft, so erwiesen sich die depressiven Formen als die erfolgreichsten. Die besten Remissionen lieferten die Fälle mit stark ausgebildeten Malariaattacken.
A. Jordan-Moskau.

Treatment of General Paralysis by Inoculation with Malaria (Behandlung der progressiven Paralyse mit Malariaimpfung [1. Mitteilung]), von H. A. Bunker u. G. H. Kirby-New York. (J. Am. m. Ass., 1925, Nr. 8, Bd. 84, S. 563.) Kritische Besprechung der — hauptsächlich deutschen und österreichischen — Literatur. Ergebnisse der eigenen Versuche an 53 männlichen, intravenös mit Tertiana geimpften Paralytikern: 11 Fälle scheiden aus, da noch im Versuch befindliche; 3 weitere als impftechnische Versager. Von den restlichen 39 starben 3 während oder im Verlauf eines Monats nach der Behandlung. 1 Todesfall 8 Monate nach der abgeschlossenen Behandlung trotz leichter Remission. Von den 6 während oder kurz nach der Behandlung gestorbenen Pat. erlagen 3 akut einsetzenden Krampfanfällen, während der Tod der übrigen 3 kaum auf das Konto der Impfmalaria zu setzen ist. Von den drei bis dreizehn Monaten nach Behandlungsabschluß noch lebenden 32 übrigen Pat. waren 14 nicht oder kaum gebessert, nur 1 Pat. ausgesprochen verschlechtert, 18 hingegen waren sehr gebessert mit ausgeprägten Remis-

Digitized by Google

sionen bei restlichem Denkdefekt, der nur bei 2 von ihnen als sehr geringgradig zu bezeichnen war. Von diesen Pat. konnten 17 aus dem Hospital entlassen werden und 14 ihre frühere Beschäftigung aufnehmen. F. Jacobsohn-Berlin.

Treatment of Paresis: Results of Inoculation with the Organism of Benign Tertian Malaria (Die Resultate der Behandlung der Paralyse mit Malariaimpfung), von W. W. Eldridge-Washington. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 15, S. 1097.) Eldridge und das eigens zur Prüfung der Malariabehandlung der Paralyse eingesetzte Komitee amerikanischer Ärzte berichten in einer ausführlichen Arbeit über ihre Resultate bei 68 mit Malariaimpfung behandelten Paralytikern und kommen zu folgenden Schlüssen. Die Malariabehandlung erzielt offensichtlich einen höheren Prozentsatz gebesserter oder doch nicht fortschreitender Erkrankungsfälle als andere Behandlungsmethoden, jedoch erfordert ein endgültiges Urteil eine längere Beobachtungszeit und die Behandlung einer größeren Anzahl von Kranken. Die Behandlungsmethode bietet bei der üblichen Krankenhauspflege keine besonderen Schwierigkeiten und für den Erkrankten keine außergewöhnliche Gefahr. H. Fendt-Wiesbaden.

The Height and Duration of Fever in Relation to the Clinical Outcome in the Treatment of General Paresis with Malaria (Die Höhe und Dauer des Fiebers in Beziehung zu den klinischen Ergebnissen bei der Malariabehandlung der progressiven Paralyse), von H. A. Bunker u. G. H. Kirby-New-York. (M. Record, 1925, Bd. 121, Nr. 7, S. 413—415.) Es wäre wünschenswert, den nach Höhe und Dauer geringsten Fiebergrad festzustellen, mit dem der größte therapeutische Effekt erzielt wird. Zur Zeit scheinen mit einer Temperatur von 105° F (= 40,4° C) über einen Zeitraum von nicht mehr als 12—18 Stunden die besten Resultate zu erzielen zu sein. E. Levin-Berlin.

Unübertragbarkeit alter Impfmalariastämme durch Anophelen, von G. Barzilais-Vivaldi u. O. Kauders-Wien. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1924, Bd. 103, H. 4, S. 744.) Ausgedehnte Untersuchungen über die Möglichkeit einer Übertragung von Impfmalaria durch Anophelen. Die gebrauchten Impfmalariastämme waren gametenfrei. Dadurch ist wohl der negative Ausfall der Untersuchungen zu erklären. Auf Grund der Untersuchungen wird die Anwendung der Malariatherapie in Ländern mitteleuropäischen Klimas und in südlichen, malariaendemischen Ländern — für letzteren Fall in der Voraussetzung, daß praktisch so gut wie gametenfreie Malariastämme verwandt werden — für völlig gefahrlos erklärt. Die Möglichkeit einer Übertragung der Impfmalaria durch Anopheles auf gesunde Individuen wird abgelehnt. Hygienische Sicherungsmaßnahmen an Plätzen, wo Malariatherapie bei progressiver Paralyse usw. betrieben wird, sind unnötig. Genauere Versuchsanordnung und Versuchsprotokolle sind im Original nachzulesen. A. Holländer-Hamburg.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Die nächste Versammlung der Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia findet Mitte Dezember in Rom statt; Hauptthema: Hereditäre Syphilis (Referent: Prof. Lombardo).

Seit Juli d. J. erscheint in Bologna unter Redaktion von L. Martinotti das neue Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia.

Prof. Bosellini, Vorstand der dermatologischen Klinik in Rom, wurde Commendatore der Corona d'Italia.

Ernannt: Prof. Cosimo Lombardo in Sassari zum Vorstand der dermatologischen Klinik in Pisa, als Nachfolger von Prof. Bosellini in Rom;

Prof. Rocco De Luca in Catania in gleicher Eigenschaft nach Siena als Nachfolger von Prof. Martinotti;

Prof. Mario Truffi in Messina nach Catania;

Prof. incaricato Alberto Serra in Sassari nach Cagliari;

Prof. Mariani in Cagliari nach Bari. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 39 (Bd. 81) 26. September 1925

Zur Chemie des Lepraerregers.

II. Mitteilung.

Von

Prof. A. Paldrock,

Direktor der Dermatologischen Universitätspoliklinik in Dorpat.

In einer früheren Veröffentlichung[1]) zeigte ich, daß in den Lepraerregern die freie Nukleinsäure vornehmlich in den Körnchen vorkommt, während in der sie umgebenden und stäbchenbildenden Hülle Nukleide und Nukleoproteide vorherrschen. Heute möchte ich über das Vorhandensein von Lipoiden, Lipoproteiden und basischem Eiweiß berichten.

Die Chromolyse, welche uns die einzelnen Bestandteile des Zellinhaltes chemisch zu bestimmen ermöglicht, verdanken wir P. G. Unna. Mit Hilfe derselben wurde nachgewiesen, daß die amorphkörnigen Bestandteile des Zellprotoplasmas — das Granoplasma — aus Zytase, einer Deuteroalbumose, besteht und im Innern aller tierischen Kernkörperchen Globulin enthalten ist. Ebenso wie Eiweiße, lassen auch Lipoide sich spezifisch mit basischen Farben färben, und es hat J. Schumacher[2]) die färberische Darstellung der Lipoide als Zellinhaltsbestandteile vorgenommen. Seine Zusammenfassung lautet: Untersuchungen zeigten, daß die gewöhnliche Zellfärbung keinerlei Rückschlüsse auf die chemische Zusammensetzung von Zellinhaltsstoffen gestattet. Behandelt man aber die zu untersuchenden Zellen mit 10%iger Salpetersäure, so werden alle sauren Zellinhaltsstoffe (Nukleinsäure) entfernt, mit Ausnahme der Lipoide und Lipoproteide. Als Lipoproteide werden Verbindungen von Lipoidsäure mit Eiweiß bezeichnet; die chemische Zusammensetzung von Lipoidsäure ist noch nicht genau bekannt; am ehesten dürfte sie chemisch den Fettsäuren nahestehen. Zelleninhaltsstoffe, die sich nach der Salpetersäurebehandlung mit den Farben der Fuchsinreihe: Fuchsin, Viktoriablau, Gentianaviolett und Malachitgrün, noch färben, sind entweder freie Lipoide oder Lipoproteide. Diese unterscheidet man durch Einschaltung einer 24stündigen Ätherbehandlung nach dem Einstellen der Präparate in Salpetersäure. Ist daraufhin die Fähigkeit jener Zellinhaltsstoffe, mit den Farbstoffe der Fuchsinreihe sich zu färben, verschwunden, so liegen freie Lipoide vor. Ein ausgezeichneter Lipoidfärber ist Viktoriablau, dem Fuchsin nur wenig nachsteht. Eine jetzt noch vorhandene

[1]) Leprastudien. Arch. f. Derm., 1924, Bd. 147, S. 452. — [2]) Schumacher, Derm. W., 1924, Bd. 79, S. 1457.

Digitized by Google

Fuchsinfärbung zeigt das Vorliegen von Lipoproteiden an. Einstellen der Präparate auf 48 Stunden in Salzsäure-Alkohol läßt alsdann auch die Fuchsinfärbung verschwinden. Die Gegenwart des basischen Eiweißes können wir alsdann noch durch seine Eigenschaft, sich mit Erythrosin intensiv zu färben, nachweisen oder, wo das technisch möglich ist, auch durch die makrochemische Analyse. Die Lipoideiweißverbindungen können wir weiterhin in gram- oder viktoriablaupositive (Hefe, Staphyl usw.) und in gram- oder viktoriablaunegative (Spirochaeta pallida) Lipoproteide unterscheiden.

Diese Angaben SCHUMACHERS als Richtschnur habend, färbte ich in Gemeinschaft mit Frl. Dr. KARNEOL Lepraerreger. Frisch ausgeschnittene Lepromstücke kamen in destilliertes Wasser, um sie von anhaftenden Blutkörperchen und sonstigen störenden Bestandteilen zu befreien. Dann wurde von den Lepromstücken das überschüssige Wasser durch Auflegen auf Filtrierpapier abgesogen, und die Stückchen zwischen der anfassenden Pinzette quetschend, damit die Lepraerreger aus dem Leprom herausgepreßt wurden, werden auf Objektträgern Ausstriche ausgeführt. Die so hergestellten Ausstrichpräparate enthielten fast ausschließlich Lepraerreger und waren frei von bildstörenden Beimischungen. Lufttrockene Präparate wurden über der Flamme fixiert und färberisch mit 1%igen wäßrigen Farblösungen behandelt.

I. Zunächst kamen die Ausstrichpräparate auf 12 Stunden in 10%ige wäßrige Salpetersäurelösung, dann folgte nach gründlicher Wasserspülung das Färben.

a) Bei Färbung mit Methylenblau blieben die Lepraerreger ungefärbt.

b) Die Fuchsinfärbung gab dunkel- bis bräunlichrot gefärbte Körnchen, welche, in Stäbchenform angeordnet, von einer hellrosa Hülle umgeben waren — ein Beweis, daß Lipoide und Lipoproteide sich tatsächlich in den Körnchen finden. Auch finden sich rosa Stäbchen, an welche rotbraune gefärbte Knospen wie Perlen um einen Stab sich gereiht haben.

c) Die Viktoriablaufärbung hatte Stäbchen und Körnchen alle gleichmäßig gefärbt, ohne in ihnen Unterschiede erkennen zu lassen.

d) Im gramgefärbten Präparat sieht man schwarze Körnchen und rosa Stäbchen.

Resümee: In den Lepraerregern sind Lipoide und Lipoproteide in den Körnchen enthalten.

II. Die mit Salpetersäure behandelten Ausstrichpräparate wurden 24 Stunden in Äther belassen, um aus ihnen die Lipoide zu entfernen, und dann gefärbt.

a) Methylenblau gab keine Färbung.

b) Die Fuchsinfärbung hat die Körnchen wohl noch rot gefärbt, und in den Stäbchen heben sie sich deutlich von der sie umgebenden helleren Hülle ab, sie sind aber heller als bei I. Diese Erscheinung ist in gutem Einklange beider Befunde, weil in den bei I sehr dunkel gefärbten Körnchen sich das Lipoid auch mitgefärbt hatte.

c) Viktoriablaufärbung zeigt zart hellblau gefärbte Stäbchen.

Digitized by Google

d) Bei Gramfärbung sieht man positive dunkelblaue Körnchen und vereinzelte rosa Stäbchen mit anhaftenden dunkelblauen Knospen.

Resümee: Äther entfernt die Lipoide aus den Lepraerregern, und es verbleiben in ihnen die Lipoproteide.

III. Mit Salpetersäure und Äther behandelte Ausstrichpräparate wurden 48 Stunden lang in Salzsäure-Alkohol belassen, zwecks hydrolytischer Abspaltung der Lipoidsäure aus dem Lipoproteid; darauf folgte gründliches Abwaschen mit Wasser und Färben. — Salzsäure 1,0 : Spirit. vini (70%) 100,0 war die Mischung.

a) Methylenblau gab keine Färbung.

b) Nach Fuchsinfärbung sieht man zart rosa angehauchte Körnchen und Stäbchen, was nach SCHUMACHER nicht durch Färbung, sondern nur durch Adsorption bedingt sei.

c) Die Viktoriablaufärbung gab zart blau gefärbte Stäbchen und auch vereinzelte leere Hüllen derselben, weil die Stäbchen ihrer Lipoide und Lipoproteide bar waren.

d) Bei Gramfärbung erhielt man negative, zart rosa gefärbte Körnchen und Stäbchen, welche ihrer Lipoide und Lipoproteide verlustig gegangen waren.

e) Mit Erythrosin färbten sich sowohl die Körnchen als auch die Stäbchen intensiv rot; ein Beweis, daß in ihnen nur noch basisches Eiweiß nachgeblieben ist.

Zusammenfassung.

Die Körnchen der Lepraerreger enthalten Lipoide und Lipoproteide, welche mit Farben der Fuchsinreihe sich sichtbar machen lassen, wenn der Färbung eine 12stündige Vorbehandlung mit 10%iger wäßriger Salpetersäurelösung vorausgegangen ist. — Lipoide lassen sich aus den Lepraerregern durch 24stündiges Verweilen in Äther entfernen. Ist das geschehen, so färben sich die Körnchen mit Fuchsin nicht mehr braunrot, sondern rot, mit Viktoriablau nicht mehr dunkelblau, sondern hellblau, und nach Gram nicht schwarz, sondern blau.

Mit Salpetersäure, Äther und Salzsäure-Alkohol behandelte Ausstrichpräparate haben auch ihre Lipoproteide abgegeben, weshalb sie mit Fuchsin- und Viktoriablaufärbung sich nur schwer sichtbar machen lassen und gramnegativ erscheinen; Erythrosin aber gibt intensiv rote Färbung; ein Beweis, daß die Lepraerreger basisches Eiweiß sowohl in Stäbchen als auch in Körnchen enthalten. Basisches Eiweiß gibt gramnegative Färbung der körnchen- und stäbchenförmigen Lepraerreger. Lipoproteid enthaltende Körnchen der Lepraerreger färben sich blau, und wenn sie außerdem noch Lipoide enthalten, schwarz, sind also grampositiv.

Digitized by Google

Ein Fall von multiplen Lippensklerosen.

Von

Prof. Dr. Emanuel Freund, Universitätsdozent in Triest.

Mit 1 Abbildung im Text.

Unter den Extragenitalsklerosen sind die Lippenschanker bekanntlich die häufigsten, was auch aus folgender, auf Grund einer diesbezüglichen erschöpfenden Arbeit von Montesano (Rom 1922) aufgestellten Tabelle hervorgeht.

Autor	Zahl der Extragenital-sklerosen	Darunter Lippen-schanker
Bulkley (Statistik)	9068	1810
Münchheimer (Statistik bis 1. I. 1896)	10265	2285
Scheuer (Fortsetzung obiger Statistik bis 1. I. 1909)	4090	680
Rühl (Fortsetzung der Statistik von Scheuer, und zwar vom 1. I. 1909 bis Ende 1918)	373	105
G. Ajala (Dermosyph. Klinik in Neapel; 1880—1912)	387	146
Bagnoli (Dermosyph. Klinik in Bologna; 1914—1919)	90	42
Horace Wray Porter	54	31
Cariveno (Abt. Gaucher; 1902—1905)	135	54
Bardet (Abt. Gaucher)	142	78

Dazu kommt noch die Statistik Fourniers, welcher unter 849 Kopfschankern 567 Fälle von Lippenschankern zählte, und von Rille mit 415 Lippensklerosen unter 536 extragenitalen Primäraffekten.

Es würde also die Publikation eines weiteren Falles von Lippenschanker wohl keine besondere Berechtigung haben, wenn nicht die ungewöhnlich große Anzahl derselben — sechs — zumindestens als Rarität bezeichnet zu werden verdiente. Dazu kommt noch der nicht geklärte Mechanismus der Infektion, so daß eine kurze Veröffentlichung des Falles mir begründet erscheint.

Krankengeschichte.

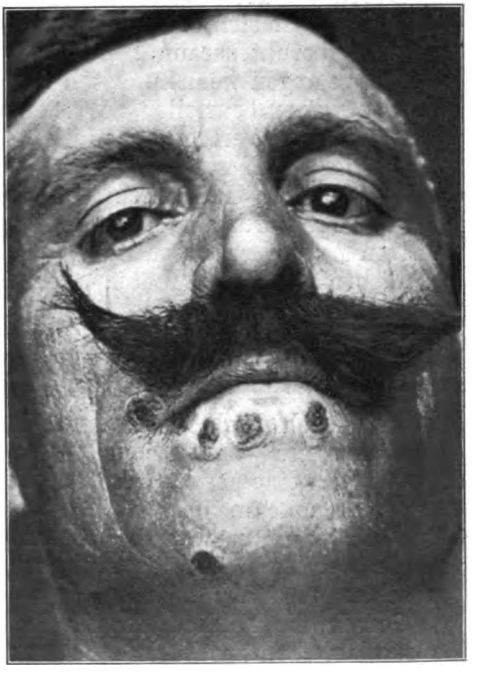
48jähr. Landmann aus C. in Istrien. Bisher stets gesund und noch nie venerisch infiziert gewesen. Seit 25 Jahren verheiratet. Seine bisher nie krank gewesene Frau hat acht gesunde, heute noch lebende Kinder geboren, während eines im zarten Alter an einer durch Erkältung erworbenen Affektion starb. Außerdem eine Frühgeburt aus unbekannter Ursache.

Pat. verkehrte am 3. Februar mit einer Prostituierten, welche ihn mit Kokain berauschte und, soweit er sich entsinnen kann, zu allerlei unnatürlichen Geschlechtsakten, auch solchen mit seinem Munde, verleitete. 3 Wochen nachher bemerkte er das gleichzeitige Auftreten von 5 Geschwüren auf der Außenseite der Unterlippe und einem identischen, in der Kinngegend sitzenden, weshalb Pat. in meine Behandlung trat. Es sei noch erwähnt, daß Pat. angibt, sich in der Zeit um den 3. Februar täglich teils selbst den Bart rasiert zu haben, teils dieses in verschiedenen Barbierstuben besorgen haben zu lassen.

Digitized by Google

Status praesens: Kräftiger Mann, innere Organe gesund. Im Urin keine pathologischen Elemente.

Spezieller Befund: Auf der Wangenhaut, und zwar oberhalb des rechten Mundwinkels, ferner knapp daneben, aber zum Teil das Lippenrot, zum Teil die Außenseite der Unterlippe betreffend, dann weiter nach innen ebenfalls an der Außenseite der Unterlippe, ferner knapp daneben und nach innen gelegen, dann etwa zwei Querfinger davon entfernt links von der Medianebene gelegen, und schließlich in der Gegend des rechten Unterkieferastes, und zwar rechts von der Mittellinie gelegen, sitzt je ein zirka pfenniggroßes Geschwür. Alle diese Geschwüre sind fast gleichgroß und weisen folgende Charaktere auf: Auf harter, infiltrierter Basis mit blutig-serösen Krusten bedeckte Substanzverluste, welche nach Entfernung der Krusten eine fleischrote, sezernierende, von Barthaaren durchbohrte Granulationsfläche aufweisen. Ihre fast kreisrunden Ränder sind glatt, nicht unterminiert, und scharf gegen die gesunde Epidermis begrenzt. Die Submentaldrüse etwa kirschgroß, hart, indolent. Auf dem Stamm und den Extremitäten makulöses Exanthem.



Diagnose: Multiple Sklerosen, Sekundärsyphilis.

Therapie und Verlauf: Da Pat. aus äußeren Gründen mein Ambulatorium nicht regelmäßig besuchen konnte, wurde, um ihn möglichst rasch von seinen Symptomen zu befreien, die kombinierte Northovan-Stovarsol-Kur nach der in der Klinik von Prof. MERK in Innsbruck gebräuchlichen Methode vorgenommen.

Pat. erhielt in der ersten Behandlungsperiode im ganzen 6 endovenöse Northovaninjektionen[1]), und zwar alle 2 Tage eine, und nahm jeden 2. Tag je 4 Pillen Stovarsol à 0.25 g, im ganzen 60 Pillen. Der Erfolg dieser Behandlung war ein ausgezeichneter[2]): schon nach 3 Northovaninjektionen und 12 Stovarsolpillen war eine deutliche Reinigung und Verkleinerung sämtlicher Sklerosen sichtbar und das Exanthem vollständig geschwunden. Nach 6 Injektionen und 60 Stovarsolpillen waren die Sklerosen und die Submaxillardrüsenschwellung vollständig verschwunden.

Literatur.

VINCENTO MONTESANO (in collaborazione col dott. Giorgio della Seta). I sifilomi iniziali della bocca. Milano-Stabilimento Tipo-Litografico A. Gorlini & C. — RILLE, Über extragenitale Syphilisinfektion. Derm. W., 1924, Nr. 36, S. 1069.

Die übrigen in der Statistik enthaltenen Autoren siehe bei MONTESANO.

[1]) Erhältlich bei der Firma Dr. Neumann & Co., Berlin, Adlershof. — [2]) Ein ausführlicher Bericht über meine Versuche mit Stovarsol resp. Spirozid allein oder mit Stovarsol resp. Spirozid und Northovan kombiniert bei Sekundär- und Tertiärsyphilis wird demnächst veröffentlicht werden. Es sei aber schon hier vorweggenommen, daß bezüglich des prompten Effektes sowohl Stovarsol als auch Spirozid einander gleichkommen.

Digitized by Google

Aus dem Stadtkrankenhaus Dresden-Friedrichstadt (äußere Abteilung)
(Dirigierender Arzt: Prof. Dr. Werther).

Unsere Erfahrungen mit den Trübungsreaktionen nach Dold und Meinicke.

Von

Dr. Moritz Kruspe, Assistent der Abteilung.

Durch die Trübungsreaktionen wird uns das der Flockung vorausgehende Stadium sichtbar gemacht. Der Vorteil gegenüber den Flockungsreaktionen beruht darauf, daß wir in vielen Fällen schneller zu einem Resultat gelangen können. Ist das Ergebnis der Trübung in einzelnen Fällen schwer zu beurteilen, so besteht die Möglichkeit, den Präzipitationsprozeß weiter zu verfolgen; auf diese Weise gelangt man mitunter immer noch zu sicheren Resultaten, entweder dadurch, daß man eine Bestätigung des zweifelhaften Frühergebnisses erhält oder dadurch, daß die Dispersitätsvergröberung so fortschreitet, daß man noch einen deutlichen, positiven Ausfall erkennen kann.

Bisher sind zwei Trübungsreaktionen angegeben worden, die eine von Dold (DR), die andere von Meinicke (MTR). Beide Reaktionen wurden u. a. in den letzten zwei Jahren bei uns nacheinander angewandt. — 1073 Resultate der DR und 2000 Resultate der MTR wurden von uns mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln auf ihre Richtigkeit hin geprüft. — Ich möchte nun unsere Erfahrungen mitteilen und besonders darauf hinweisen, daß uns bei dieser Prüfung außer dem Vergleich mit der WR noch eine genaue klinische Kontrolle möglich war. Die Patienten, deren Sera untersucht wurden, waren fast alle auf unseren Haut- und Geschlechtskrankenstationen in Behandlung. Nach der Entlassung konnten viele in der dem Krankenhause angegliederten Beratungsstelle weiterbeobachtet werden.

Gerade die klinische Kontrolle halten wir für besonders wichtig. An serologischen Instituten steht zur Prüfung divergierender Resultate (zwischen WR und Trübungs- bzw. Flockungsreaktionen) auf Spezifität meist nur das Formular zur Verfügung, welches der praktische Arzt dem zu untersuchenden Blute beilegt. Dieses enthält oft unzutreffende Angaben teils deshalb, weil der Patient eine frühere Lues verschweigt, teils deshalb, weil vom Arzt eine bestehende Lues nicht erkannt wird; infolgedessen werden mitunter Ergebnisse der WR, Trübungs- oder Flockungsreaktionen für unspezifisch gehalten, die es in Wirklichkeit nicht sind und umgekehrt.

Die DR wird mit cholesteriniertem Rinderherzextrakt und unverdünntem, inaktivierten Serum angestellt. Ablesung erfolgt nach vierstündigem Brutschrankaufenthalt als Trübung, nach weiteren 14 bis 20 Stunden als Flockung.

Von der MTR sind bis jetzt drei Modifikationen angegeben worden; die erste (MTR_1) wurde mit Pferdeherzextrakt angestellt, dem Chole-

Digitized by Google

sterin und Toluolbasam zugesetzt war. Der Cholesterinzusatz wurde späterhin fortgelassen, die Kochsalzkonzentration erhöht. — Die dritte Modifikation der MEINICKEschen Trübungsreaktion (MTR_3) stellt insofern eine weitere Vereinfachung dar, als sie im Gegensatz zu den ersten beiden Reaktionen (MTR_1, MTR_2) den Brutschrank und die Inaktivierung der Sera im Wasserbad entbehrlich macht. Außerdem ist die Frühablesung der Trübung schon nach einer Stunde möglich. Die MTR_3 wird mit einem dichten und einem dünnen Extrakt angestellt, weil nach MEINICKES Ansicht mit ersterem die stark positiven, mit letzterem die schwach positiven Sera besser anzeigen. Die Extraktverdünnung muß allerdings im Wasserbad und in einzelnen Portionen zu je 11 ccm Extraktgemenge hergestellt werden.

Bei der DR und den ersten tausend Untersuchungen mit der MTR_3 wurde von uns die Formolkontrolle (1:5) angewandt. Danach hatten wir die nötige Übung im Ablesen, um auf die Formolkontrolle verzichten zu können. Durch Fortlassen der Kontrolle wird Antigen gespart, ohne daß beim geübten Untersucher die Genauigkeit der Ablesung leidet, wie auch MEINICKE angibt.

Während bei der DR nach 18—24 Stunden bei positiven Seren eine deutliche Flockung wie bei der SGR vorhanden ist, kann bei der MTR die „Flockung" nicht praktisch verwertet werden, weil sie auch bei negativen Seren auftritt. Statt dessen ist nach ELKELES die Sedimentierung in dieser Zeit als spezifischer Vorgang zu deuten, wovon wir uns auch überzeugen konnten (Kuppenablesung).

Mit der DR untersuchten wir 1073, mit der MTR_3 2000 Sera. Eine Übereinstimmung zwischen Trübungsreaktion und WR fand sich bei der DR in 90%, bei der MTR_3 in 84,5% der Fälle. — Andere Autoren fanden Übereinstimmung der WR und der DR in 85% (ZIELER) bis 96,75% (PÖHLMANN) — Übereinstimmung zwischen WR und MTR_3 wurde in 85% (SATO) bis 93,3% (DEICHER) der Untersuchungen festgestellt. Wir prüften nun die Fälle genauer, bei denen keine Übereinstimmung zwischen der WR und den Trübungsreaktionen vorhanden war (DR 10%, MTR_3 15,5%). Dabei stellte sich heraus:

	DR	MTR_3
Überlegenheit der Trübungsreaktion über die WR	4.19%	8.25%
Überlegenheit der WR über die Trübungsreaktion	3,82%	5.30%
Unspezif. Anzeigen der Trübungsreaktion bei richtigem Anzeigen der WR	1,39%	1.25%
Unspezif. Anzeigen der WR bei richtigem Anzeigen der Trübungsreaktion	0,60%	0,70%

Die Trübungsreaktion zeigte also in folgenden Fällen „richtig" an:

1. Bei Seren, die sicher luespositiv oder sicher luesnegativ waren mit entsprechenden, richtig übereinstimmenden Ergebnissen der Trübungsreaktion und WR.

2. Bei den Seren mit positivem Ergebnis der Trübungsreaktion und negativem Wassermannresultat bei Luetikern. Diese Ausfälle fanden wir besonders häufig bei Patienten im Sekundärstadium der Lues am Ende der ersten Kur. Hier war die WR bereits negativ geworden. Außerdem erhielten wir solche Ausfälle bei Lues latens (Trübungsreaktion positiv, WR negativ bei Lues).

Digitized by Google

3. Bei den Seren, die mit der Trübungsreaktion negativ anzeigten, während die WR positiv war, ohne daß Anhaltspunkte für eine frische oder alte Luesinfektion gefunden werden konnten (unspezifische WR).

Danach zeigte die WR in 94,79%, die MTR in 93,45% „richtig" an.

Aus dieser Zusammenstellung ergibt sich, daß die Zahl der übereinstimmenden Ergebnisse zwischen WR und Trübungsreaktion an und für sich wenig besagt für die Bewertung einer Kolloidreaktion. — Unter den 10% der nicht übereinstimmenden Resultate zwischen DR und WR ist in etwa der Hälfte der Fälle (5,21%) die WR der DR überlegen. In der Vergleichsreihe WR und MTR_3 kommen von den 15,5% nicht übereinstimmender Resultate nur 6,55% (weniger als die Hälfte) der WR zugute.

Wir prüften nun die WR nach genau denselben Gesichtspunkten und fanden in der Vergleichsreihe DR/WR ein „richtiges" Anzeigen der WR in 95,21%, in der Vergleichsreihe MTR_3/WR in 95,05%. — Berücksichtigt man hierbei die unspezifischen Ausfälle, so zeigt sich:

1. Bei der 1. Untersuchungsreihe (DR/WR) war die Anzahl der richtigen Ergebnisse der WR um 0,42% größer als die der DR. Die Anzahl der unspezifischen Resultate der DR war etwa doppelt so groß als die der WR (1,39%—0,60%).

2. Bei der 2. Untersuchungsreihe (MTR_3/WR) war die Anzahl der „richtigen" Ergebnisse der MTR um 2,40% größer als die der WR. Die Anzahl der unspezifischen Resultate der MTR war nicht ganz doppelt so groß wie die der WR (1,25%—0,70%). Hieraus ergibt sich, daß innerhalb der Vergleichsreihe die MTR der WR um 2,40% überlegen war. Die Zahl der unspezifischen Resultate war bei der MTR 0,55% größer als bei der WR (1,25—0,70%).

Die DR war innerhalb der Vergleichsreihe der WR um 0,42% unterlegen; die Zahl ihrer unspezifischen Resultate war 0,79% größer als die der WR (1,39—0,60%).

Vergleicht man die beiden Trübungsreaktionen miteinander, so sieht man, daß sie fast genau dasselbe leisten, die DR zeigte nur in 1,34% häufiger „richtig" an als die MTR. — Die WR differiert in beiden Versuchsreihen um 4,16%, daraus folgt der scheinbare bessere Ausfall der MTR (2,40% Überlegenheit). Unspezifische Resultate wurden bei der DR um 0,14% mehr als bei der MTR_3 beobachtet.

Der Deutlichkeit halber lasse ich noch ein Schema folgen:

		Richtiger Ausfall	Unspezifischer Ausfall	Versager
1. Untersuchungsreihe	DR	94,79%	1,39%	3,82%
	WR	95,21%	0,60%	4,19%
2. Untersuchungsreihe	MTR_3	93,45%	1,25%	5,30%
	WR	91,05%	0,70%	8,25%

Unspezifische Resultate lieferte die DR bei Dermatitis herpetiformis, Gonorrhoe (2mal), Ulcus molle, Paraphimose und Konjunktivitis. — Die MTR_3 zeigte unspezifisch an bei Gonorrhoe (9mal), Ulcus molle (8mal), Hautkrankheiten (6mal).

Welche praktischen Folgerungen können wir ziehen?

Digitized by Google

Da nach unseren Erfahrungen beide Trübungsreaktionen fast genau dasselbe leisten (das etwas häufigere Anzeigen der DR wird ausgeglichen durch den etwas größeren Prozentsatz unspezifischer Resultate), so werden wir der Reaktion den Vorzug geben, welche einfacher auszuführen ist und schneller anzeigt. Die Entbehrlichkeit des Brutschrankes sowie des Inaktivierens und die Möglichkeit, schon nach einer Stunde in den allermeisten Fällen ein sicheres Resultat zu haben, veranlassen uns, der MTR_3 den Vorzug zu geben. Die etwas umständlichere Herstellung des Anitgengemenges wird dabei gern in Kauf genommen. Von großem Interesse ist noch die Frage der Leistungsfähigkeit der Trübungsreaktionen im Vergleich zur WR.

Wir haben gesehen, daß in der ersten Versuchsreihe (DR/WR) die DR nahezu ebensooft richtig anzeigte als die zugleich vorgenommene WR. Bei der zweiten Versuchsreihe (MTR_3/WR) ergab sich, daß die MTR_3 etwas häufiger richtig anzeigte als die zu gleicher Zeit vorgenommene WR. Die Anzahl der unspezifischen Resultate war bei den Trübungsreaktionen etwa doppelt so groß als bei der WR; absolut genommen waren diese Zahlen sehr gering. Berücksichtigt man dabei die bei weitem einfachere Technik der Trübungsreaktionen, die Entbehrlichkeit kostspieliger Tierställe und die Möglichkeit, viel schneller ein Resultat zu erhalten, so liegt auf Grund unserer Erfahrungen der Schluß nahe, den praktischen Wert der Trübungsreaktionen dem der WR mindestens gleichzusetzen. Wenn dies bisher nicht gemacht wurde und die Trübungs- sowie Flockungsreaktionen immer nur als „wertvolle Ergänzung" der WR aufgefaßt wurde, so hängt das wohl damit zusammen, daß man der WR als der älteren rein gefühlsmäßig mehr Vertrauen schenkte. — Man kann die WR ebenso als „Ergänzung der Trübungsreaktion" auffassen; eine Kombination von beiden wird natürlich das Optimum dort darstellen, wo man beide Reaktionen nebeneinander auszuführen in der Lage ist (Einrichtung, Zeit, Geld). Eine gleichzeitige Anwendung einer Trübungs- und einer Flockungsreaktion könnte vielleicht ebenso zu einem gleichen günstigen Gesamtergebnis führen, wie es viele Autoren heute nur bei der Kombination von WR einerseits und Flockungs- oder Trübungsreaktion andererseits für möglich halten.

Für unser therapeutisches Handeln bewerteten wir die allein anzeigende Trübungsreaktion in dem Sinne, daß wir uns bemühten, bei einer ersten Kur im frischen Sekundärstadium der Lues außer der WR auch die Trübungsreaktion negativ zu bekommen; wir haben die Beobachtung gemacht, daß Patienten, die in diesem Stadium mit negativer WR und positiver Trübungsreaktion entlassen wurden, schneller ein Rezidiv bekamen als solche, bei denen beide Reaktionen negativ geworden waren. — Bei Patienten im Latenzstadium der Lues besagte uns ein alleiniger positiver Ausfall der Trübungsreaktion, daß bald auch die WR positiv würde; wir kamen in manchen Fällen diesem Ereignis durch eine Kur zuvor.

Wenn die Trübungsreaktion nach einer Abortivkur plötzlich positiv wurde, schlossen wir sofort eine kombinierte Kur an und verhinderten dadurch mitunter ein Positivwerden der WR.

Trotz der einfachen Technik der Trübungsreaktionen warnen wir davor, sie dem praktischen Arzt in die Hand zu geben. Sie kann unseres

Digitized by Google

Erachtens nur vom serologisch geschulten Arzt mit Erfolg ausgeführt werden. Pipettieren und Ablesen erfordern besondere Übung, die man sich nur erwerben kann, wenn man Gelegenheit hat, viele Untersuchungen mit dieser Reaktion anzustellen.

Zusammenfassung.

Die Ergebnisse von 3000 Untersuchungen mit der WR und den Trübungsreaktionen nach Dold und Meinicke wurden von uns genau klinisch nachgeprüft. Die beiden Trübungsreaktionen erwiesen sich als fast gleichwertig. Wir geben der MTR_3 den Vorzug, weil sie mit einfacheren Hilfsmitteln ausgeführt werden kann und schneller ein Resultat ergibt. Die nach den gleichen Gesichtspunkten geprüfte WR ergab keine wesentlich besseren Resultate als die Trübungsreaktionen. Die Anzahl der unspezifischen Resultate der WR war halb so groß als die der Trübungsreaktionen. — Diese Erfahrungen legen den Schluß nahe, die Trübungsreaktionen der WR an Wert gleichzusetzen. Eine Kombination von beiden wird immer das optimale sein. Die Ausführung der Trübungsreaktionen durch den serologisch nicht geschulten Arzt halten wir für unzweckmäßig.

Literatur.

Deicher, Zitiert nach Förtig, M. m. W., 1924, Nr. 12. — Dold, M. Kl, 1922, Nr. 7, 31 u. 46. — Elkeles, M. Kl., 1923, Nr. 45. — Kruspe, Derm. Zschr., Bd. 40. — Meinicke, D. m. W., 1922, Nr. 12; 1923, Nr. 19. — Pöhlmann, M. m. W., 1921, Nr. 42. — Sato, Derm. Zschr., Bd. 39. — Zieler, M. m. W., 1922, Nr. 14.

Aus der Universitäts-Hautklinik Kiel (Direktor: Prof. Dr. Klingmüller).

Stomatitis gonorrhoica.

Von

Dr. C. Klepper, Assistenzarzt.

Mit 1 Abbildung im Text.

Wir hatten Gelegenheit, den folgenden ätiologisch interessanten Fall zu beobachten:

Frau M. Sp., 53 Jahre alte Krankenpflegerin. Nach ihrer Angabe leidet sie seit ungefähr 19 Jahren an häufig auftretenden schmerzhaften kleinen Geschwüren auf der Zunge und der Wangenschleimhaut; bei jedem Auftreten soll leichtes Fiebergefühl sowie meist saures Aufstoßen und Völlegefühl im Magen bestanden haben, während die Zunge oft schon längere Zeit vorher belegt gewesen sei.

Seit 14 Tagen beobachtet sie jetzt wieder je ein kleines Ulkus auf den Zungenrücken und rechts in der Übergangsfalte der Mundschleimhaut der Unterkiefers. Gleichzeitig bestanden die oben beschriebenen Beschwerden: Leichtes Fiebergefühl, saures Aufstoßen, Völlegefühl im Magen und geringe Beschwerden beim Essen.

Etwa 4 Tage nach dem Auftreten der Geschwüre übernahm sie die Pflege des an Blennorrhoea gonorrhoica leidenden Kindes H. R. in der Universitäts-Augenklinik.

Vor 4 Tagen bemerkte sie eine plötzlich auftretende Verschlimmerung: starke Schmerzen beim Essen, Anschwellen der Zunge, Empfindlichkeit des ganzen Mundbodens und Speichelfluß; dabei bestand Schlaflosigkeit und Temperaturen bis 38° abends.

Befund: Kräftig gebaute, etwas senile Patientin in gutem Ernährungszustand. Adspektus sonst o. B.

Digitized by Google

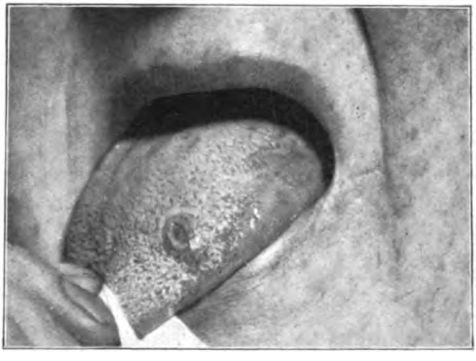
Die Zunge ist deutlich verdickt, zeigt am Rande Eindrücke der Zähne, Konsistenz leicht teigig. Ihre Oberfläche ist von einem pelzigen, gelblichbraunen, nicht abschabbaren Belage, der die einzelnen Papillen noch erkennen läßt, bedeckt, bis auf die Ränder und die Spitze, die in Ausdehnung von ca. 1 cm frei sind.

In ihrem vorderen Teil, ungefähr 2 cm von der Spitze und 1,5 cm vom linken Rand entfernt, findet sich ein längsovales flaches Ulkus von etwa Linsengröße. Sein Rand ist ziemlich scharf, zeigt einen ganz feinen dunkelroten Saum. Ränder und Grund sind mit gelblichweißem Schleim bedeckt, nach dem Abwischen liegt der glatte graugelbliche Grund vor. Der Boden des Geschwürs ist leicht infiltriert, sehr schmerzhaft; die Schleimhaut der Umgebung zeigt einen blauroten glatten Rand, der von dem scharf abgesetzten Zungenbelag abgegrenzt wird.

In der Übergangsfalte der Mundschleimhaut am Unterkiefer in Höhe des Eckzahns findet sich ein 1,5 : 0,6 cm großes längsliegendes flaches Ulkus, das mit einem seitlichen Ausläufer auf die Schleimhaut der Wange übergreift. Ränder scharf, mit einem dunkelroten Saum, Grund glatt, graugelblich, mit gelbweißem Schleim bedeckt.

Von den Zähnen sind erhalten: oben beiderseits der 1. Molare, unten links der 1. Schneide- und der Eckzahn, unten rechts die beiden Schneidezähne und der Eckzahn.

Die Zähne im Unterkiefer sind lose. Das Zahnfleisch in ihrer Umgebung ist etwas zurückgewichen und läßt den mit schmierig-gelblichem Belag bedeckten Zahnhals frei. Der Zahnfleischrand ist unregelmäßig, weist hier und da feine weißlich-speckig belegte Ulzera auf. 1 cm unterhalb des Zahnfleischrandes des 2. Schneidezahns rechts liegt die eitrig belegte Öffnung einer Zahnfistel, durch die man mit einer Sonde an die Wurzel des Zahnes gelangt.



Das Zahnfleisch an den beiden Zähnen im Oberkiefer weist die gleichen Veränderungen wie unten, nur in etwas geringerem Maße auf.

Der ganze Mundboden ist leicht infiltriert und druckschmerzhaft. Die Submaxillarlymphknoten sind gut bohnengroß, hart, druckempfindlich.

Es besteht starker Speichelfluß, kein Foetor ex ore.

Die Magengegend ist leicht druckempfindlich, keine Resistenz.

Sonst ergibt die Untersuchung der inneren Organe keinen krankhaften Befund.

Die Abstriche von Urethra und Zervix zeigen keine Leukozyten und keine Gonokokken.

Allgemeinbefinden unbeeinträchtigt. Temperatur 38,5° axillar.

Im Ausstrich vom Eiter des Ulkus auf der Zunge finden sich viele gut erhaltene Leukozyten und extra- und intrazellulär liegende gramnegative Diplokokken, die nach Form, Lagerung und Größe den Gonokokken entsprechen. Außerdem reichlich grampositive Staphylo- und Streptokokken.

Im Ausstrich vom Ulkus in der Mundschleimhaut in der Übergangsfalte am Unterkiefer ebenfalls viele gut erhaltene Leukozyten und Plattenepithelien. Vereinzelt finden sich in kleinen Gruppen zusammenliegende oder den Plattenepithelien rasenartig aufgelagerte gramnegative Diplokokken, die alle Charakteristika der Gonokokken aufweisen. Außerdem ebenfalls grampositive und grampositive Staphylo- und Streptokokken.

Im Ausstrich des Eiters, der durch Ausdrücken einer Zahnfleischtasche gewonnen ist, viel Detritus, wenig Leukozyten, viel Schleimfäden, reichlich gramnegative und grampositive Staphylo- und Streptokokken und Stäbchen und gramnegative fusiforme Spirillen. Dazwischen vereinzelte Gruppen gramnegativer Diplokokken, die nicht sicher als Gonokokken anzusprechen sind.

Auf Gehirn-Aszites-Agar nach PETTERSON wuchsen aus dem Eiter des Ulkus in der Mundschleimhaut neben uncharakteristischen Staphylo- und Streptokokken nur bei 37° stecknadelkopfgroße, tautröpfchenähnliche, durchsichtige Kolonien, die sich im Ausstrichpräparat als gramnegative semmelförmige Diplokokken erwiesen, dazwischen einzelne Paare von nicht ganz gleicher Größe und Färbbarkeit. Sie ließen sich isolieren

Digitized by Google

und in einem Stamm fünfmal, in einem zweiten viermal auf Aszitesagar-Schrägröhrchen unter deutlichem allmählichen Zunehmen der Degenerationserscheinungen weiterzüchten.

Im histologischen Präparat des exzidierten Ulkus auf der Zunge zeigt sich das Epithel bis auf den Geschwürsrand selbst intakt. In dem Rande selbst, der das Epithel in den meisten Schnitten ziemlich senkrecht durchsetzt, erscheint es aufgefasert, die einzelnen Zellen lassen jedoch Grenzen und Kern deutlich erkennen. Zwischen ihnen vereinzelte polynukleäre Leukozyten. Nur da, wo die Epithelschicht durch den Geschwürsprozeß abgehoben erscheint, sind die Basalzellenschicht und die nächsten Lagen des Pflasterepithels aufgelockert, Zwischenräume stark verbreitert, zwischen den Zellen zahlreiche Leukozyten und vereinzelte Lymphozyten. Der Geschwürsgrund wird von der Submukosa gebildet, die dicht infiltriert ist von vorwiegend polynukleären Leukozyten, dazwischen Lymphozyten, Plasmazellen und vermehrte Bindegewebszellen. Der Infiltrationswall reicht ziemlich tief, stellenweise bis zwischen die Muskelbündel, seitwärts reicht er bis unter die gesunde Epithelschicht und verliert hier allmählich an Dichte, wobei die Lymphozyten überwiegen. Die Gefäße sind frei bis auf die unmittelbar im Geschwürsgrund liegenden, die hauptsächlich von Leukozyten angefüllt sind.

In den dem Ulkusgrund auflagernden Leukozyten sowie in einzelnen Leukozyten in den oberflächlichen Lagen des Ulkus finden sich einzelne und bis zu vier Paaren zusammenliegende gramnegative semmelförmige Diplokokken. Vereinzelt finden sich auch einzelne Paare zwischen den Zellen des Geschwürsgrundes. Andere Erreger, meist grampositive Staphylokokken, finden sich nur in den obersten Schichten der Auflagerungen in der Nähe des Ulkusrandes.

Verlauf: Am zweiten Beobachtungstage Exstirpation des Ulkus auf der Zunge. Am dritten erreicht die Temperaturkurve, die sich zwischen 37,5 und 38,5° bewegte, vormittags 37°. Gleichzeitiges Nachlassen der subjektiven Beschwerden, geringes Abklingen der entzündlichen Erscheinungen und Zurückgehen der Infiltration des Mundbodens. Auf Arthigon 0,5 intravenös Temperaturanstieg auf 38,5° abends, gleichzeitig Frösteln, starke Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, schmerzhafte Sensationen im Zahnfleisch, schlechter Geschmack im Munde und auffallendes Zunehmen des Speichelflusses. Zahnfleisch geschwollen, wieder stärker gerötet, ebenso wie der Rand des Ulkus in der Mundschleimhaut.

Unter fünftägiger Behandlung mit Pinselung mit 10%iger Chromsäurelösung mit nachfolgender mit 5%iger Argentum-nitricum-Lösung Abheilen der Erscheinungen bis auf die Zahnfistel.

Am 6. Tage sind die Zähne im Unterkiefer fest, der Zahnfleischrand ist frei von Geschwüren und Belegen. Ulkus in der Mundschleimhaut abgeheilt, die Zunge ist frei von Belegen, die Exzisionswunde auf der Zunge ist verheilt.

Geheilt entlassen.

Im Gegensatz zu der älteren Anschauung von der Immunität der Mundschleimhaut des Erwachsenen gegen eine Infektion mit Gonokokken bringt die neuere Literatur einige Fälle von Stomatitis gonorrhoica, in denen der kulturelle und histologische Nachweis des Gonokokkus als Erreger gelungen ist — zusammengefaßt bis auf einen neueren, im Zentralblatt 1921 referierten Fall von Araujo in „Die Krankheiten des Mundes" von v. Mikulicz-Kümmel.

Auch im vorliegenden Falle ist der Nachweis der gonorrhoischen Infektion der beiden Ulzera durch den Ausstrich und den histologischen Befund beim Ulkus der Zunge und durch die Kultur beim Ulkus in der Mundschleimhaut erbracht.

Der klinische Befund, der unkomplizierte Verlauf und die Lokal- und Allgemeinreaktion auf Arthigon vervollständigen das Bild.

Über die nähere Ursache der Stomatitis gonorrhoica ist in den vorliegenden Veröffentlichungen nichts gesagt, außer der Vermutung eines vorhergehenden Traumas oder der häufigeren Angabe des Koitus per os, der u. U. als Trauma anzusehen ist.

Digitized by Google

In unserem Falle legt die Anamnese der sich als Krankenpflegerin gut beobachtenden Patienten mit den seit Jahren geklagten Magenbeschwerden mit häufigem Auftreten kleiner schmerzhafter Ulzera im Mund, die auch diesmal der Erkrankung vorausgingen, und der Angabe der plötzlichen Verschlimmerung, der schon einige Zeit bestehenden Ulzera während der Pflege eines an Blennorrhoea gonorrhoica leidenden Kindes die Deutung einer aphtösen Mundschleimhautentzündung mit einer gonorrhoischen Mischinfektion nahe.

Disponierend für eine Erkrankung der Mundschleimhaut kann auch die Einwirkung der Absonderung der seit einiger Zeit bestehenden Zahnfistel am 2. Schneidezahn unten rechts gewirkt haben. Die gonorrhoische Natur der Zahnfleischentzündung selbst ist trotz der klinischen Übereinstimmung mit dem Krankheitsbild bei dem unsicheren Gonokokkenbefund und dem Überwiegen der andern Erreger nicht mit Bestimmtheit anzunehmen.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 12. Mai 1925.

Bericht von L. Kleeberg-Berlin.

Bruhns: 1. Fall von **Urticaria pigmentosa** bei 2jähr. Kinde. Typischer Beginn im ersten Lebensjahre. Die charakteristischen braunen Flecken sitzen außer an Rumpf und Beinen auch auf dem behaarten Kopfe. Bei Reibung mit dem Handtuch werden die Flecken auf dem Rücken erst rot, dann zu richtigen Porzellanquaddeln.

2. **Sklerodermie** bei 36jähr. Frau. Befallen sind Gesicht, Rumpf, außer Rücken, Extremitäten; an den Fingern ausgeprägte Sklerodaktylie. Eine vor neun Monaten von sachkundiger Hand ausgeführte periarterielle Sympathektomie hat ganz versagt. Beim Pilokarpinversuch Speichelfluß vermehrt, Grundumsatz um 16—18% bei zweimaliger Probe erhöht. Dementsprechend wird Antithyreoidin verabreicht.

3. **Erythema chronicum migrans** bei 9jähr. Mädchen. An fünf Stellen (linke Hüfte, linker Oberschenkel, rechtes Handgelenk, rechte Schulter, rechtes Knie) erythematöse Herde in Form unregelmäßig gestalteter Ringe, leicht erhaben, keine Schuppung; Durchmesser von etwa 2—6 cm. Die erstgenannten drei Herde sind von der Mutter schon vor etwa zehn Monaten bemerkt, die anderen Herde vor nicht ganz zwei Monaten. Langsames Wachstum der Herde in den etwa zwei Monaten der Beobachtungsdauer; der Rand wurde immer blasser. Neben den beschriebenen Fällen von wanderndem chronischem Erythem, in denen es sich entweder um zahlreiche, über den Körper verbreitete, in kurzer Zeit sich verändernde Effloreszenzen oder um einzelne regionalisierte, von der Mitte nach dem Rande langsam wachsende Herde handelte, sind hier fünf Stellen an ganz verschiedenen Körpergegenden entstanden, die langsam an Größe zunahmen, sonst aber ganz stabil sind. Keine besondere Ursache zu ermitteln, keine Lues; Pirquet schwach positiv, sonst nichts von Tuberkulose.

Diskussion: Heller erinnert an einen kürzlich vorgestellten Fall von Raynaud; bei seiner Pat. waren die Fingergelenke vollkommen beweglich — im Gegensatz zu den Sklerodermiefällen wie hier.

E. Saalfeld berichtet über einen Fall von Sklerodaktylie, bei dem die periarterielle Sympathektomie ohne Erfolg blieb. Er warnt vor zu hochgespannten Erwartungen von dieser Operation.

Buschke demonstriert: 1. 38jähr. Mädchen mit **serpiginösem papulo-pustulösem Tuberkulid.** Seit August besteht bei dem an Lungentuberkulose leidenden Mädchen ein Exanthem im Gesicht, auf dem Rücken, besonders an den Vorderarmen, Unterschenkeln und auf Händen und Füßen. Die einzelnen Effloreszenzen zeigen das charakteristische

Digitized by Google

Bild des papulo-nekrotischen Tuberkulids. Auffallend ist die serpiginöse Anordnung einzelner Herde, besonders auf Handtellern und Fußsohle. Die Abheilung geschieht allerdings nicht mit Narbenbildung; die Haut bleibt aber lange gerötet und glänzend.

WR ist negativ. Histologisch tuberkuloider Bau, aber bisher keine Tuberkelbazillen gefunden. Tierversuch negativ.

Diskussion. Bruhns: Auffallend ist hier das Fehlen der sonst beim papulo-pustulösem Tuberkulid so charakteristischen Narbenbildung.

2. Pat. mit eigenartigem, an madagasische Verhältnisse (nach Friedenthals Atlas) erinnernden Haarwuchs: gewellte dünne und doch sehr starr stehende schwarze Haare. Die Pat. gibt an, daß sich dieser Haarwuchs bei weiblichen Gliedern der Familie in drei Generationen fände.

3. Pat. mit Pyosalpinx, die eine Kreuzung zwischen Zulukaffer (Vater) und deutscher blonder Frau ist. Sie hat Kafferntypus mit hellerer Hautfarbe, aber Haarwuchs, der zentral schlicht, peripherisch typisch kafferig ist. Besprechung der Vererbungsverhältnisse. Ihre Geschwister haben alle Kafferntypus. (Wird ausführlich publiziert.)

4. 39jähr. Frau mit **Melanose** des Gesichts, der Brust und der Arme, die anscheinend aus einer Dermatitis leichten Grades hervorgeht. Mikroskopisch ist das Pigment fast ausschließlich in der Kutis, fast gar nicht in den Basalzellen nachweisbar. Sie arbeitet in einer Fabrik, die Telephonapparate herstellt. Dort sollen noch mehrere Fälle von Melanose bei Arbeiterinnen vorgekommen sein.

Es handelt sich wohl um eine Intoxikation im Gewerbe. Avitaminose? Für Pellagra keine Anhaltspunkte.

5. Junges Mädchen mit einer halsbandartigen Narbe um die Brustpartie — besteht seit der Geburt. Es handelt sich um eine **Verwachsung der Eihäute mit der Haut,** welche bei der Geburt reißt und diese Narbe hinterläßt.

6. 38 Jahre alter Mann mit ausgedehnten **spätsyphilitischen Ulzerationen** am Bauch und linken Vorderarm, die jeder spezifischen Therapie trotzten und auf örtlicher Behandlung mit Pyrogallusvaselin heilten.

7. 49jähr. Mann mit nahezu handtellergroßem ulzeriertem **Basalzellenepitheliom** an der linken Schläfe, das sich seit 1916 trotz verschiedener, auch Röntgenbehandlung weiter ausbreitet. Radiumbehandlung. Histologisch typisches Basalzellenepitheliom.

8. Pagets disease oder Bowensche Dermatose am Penis. Histologisch noch nicht untersucht.

Diskussion zu 6. Fischer weist auf die interne entgiftende Gabe von Salzsäure (nach Unna) bei Pyrogallusbehandlung hin.

Joachimoglu: Warum die Salzsäure das Pyrogallol entgiften soll, ist nicht ganz klar. Man sollte annehmen, daß eine derartige Entgiftung durch Schwefelsäure möglich ist; denn es ist bekannt, daß die Phenole sich mit Schwefelsäure zu Ätherschwefelsäure paaren. Diese sind viel weniger giftig als die Phenole.

Leibholz weist darauf hin, daß sich der gummöse Prozeß um die Ausschußnarbe einer alten Kriegsverletzung gebildet hat. Die schlechte Heilungstendenz ist wohl auf die durch die Verwundung hervorgerufenen trophischen Störungen zurückzuführen.

Kleeberg fragt, ob die Affektion am Arm mit Sicherheit als luetisch anzusprechen gewesen sei und ob eine histologische Untersuchung vorliegt. Sehr oft bringt ja auch diese keine Klärung zwischen tertiärer Lues und Tuberkulose. Man muß sich bei schlecht heilenden Affektionen bei Luetikern immer bewußt sein, daß die WR nie eine lokale Diagnose ermöglicht, und daß man immer an Tuberkulose oder Karzinom denken muß. Kl. sah erst kürzlich einen Tabiker mit angeblichem Mal perforant der vierten Zehe, das jeder spezifischen Behandlung trotzte. Die histologische Untersuchung ergab typisches Karzinom; in einem zweiten Falle wurde ein 40jähr. Luetiker mit positivem Wassermann wegen einer Affektion an der linken Unterlippe ohne Erfolg antiluetisch behandelt. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die klinische Diagnose Karzinom.

Schlußwort. Buschke: Da Pat. an der Unterschenkelgegend ein ebenso großes Geschwür hatte, das ebenfalls auf Pyrogallus erst heilte, ist wohl die Annahme neurotischer Natur auszuschalten, die am Arm vielleicht zur Lues hinzutrat. Histologisch ist das Ulkus untersucht, kein Anhaltspunkt für Tuberkulose; auch Anamnese und serologische Untersuchung und klinischer Aspekt sind für Lues zu verwerten. Die von Kleeberg erwähnten Affektionen können auch Kombinationen mit Lues sein.

E. Langer (Abt. Buschke): 1. **Reinduratio nach Salvarsanbehandlung eines wassermann-negativen Primäraffektes.** 30jähr. Bergmann erhielt an einer auswärtigen Universitätsklinik von Mitte Februar bis 14. April 1925 8 Salvarsan- und Kadmium-

Digitized by Google

injektionen. WR war nach 7 Injektionen stets negativ. Am 14. April geheilt entlassen; am 25. April bemerkte Pat. an der Stelle des ersten Primäraffektes eine Geschwürsbildung. Nach fünf Tagen Aufnahme in die Buschkesche Abteilung. Typischer Primäraffekt. Spirochaete pallida +. WR negativ.

2. **Lues, Trauma und Restistenz.** a) 45jähr. Gastwirt, der im Jahre 1914 einen Bruch des linken Unterschenkels hat — von einer luetischen Infektion ist ihm selbst nichts bekannt. 1923, 1925 Schlaganfall. Wird zur Beobachtung auf Paralyse ins Krankenhaus eingeliefert.

Befund bei der Aufnahme: Für Paralyse kein Anhaltspunkt. Blutwassermann ++. Lumbalbefund: Zellen nicht vermehrt; Nonne, Pandy, Goldsol, WR negativ. Druck nicht erhöht.

An der Frakturstelle ausgedehntes tertiäres Syphilid. Röntgenologisch an der Tibia Aufhellung; an der Fibula luetische periostale Auflagerungen (Prof. Levy-Dorn).

Für die Entstehung des tertiären Prozesses an der Stelle des Traumas muß man wohl Spirochäten verantwortlich machen, die in diese Stelle — locus minoris resistentiae — eingewandert sind und sich hier eingenistet haben.

b) 28jähr. Mädchen, das am 27. XI. 1924 wegen ausgedehnter sekundärer Lues und luetischem Ikterus eingeliefert wird. Bald nach der Aufnahme rapide Verschlechterung und Übergang des Ikterus in akute Leberatrophie, noch zweimal Rezidive derselben im Dezember 1924 und Januar 1925, beidemal unter schweren septischen Symptomen. Unter interner Kalomeltherapie Verschwinden der luetischen Hauterscheinungen. Ende Februar 1925 Iritis papulosa links, die unter Schmierkur besser wird, aber noch unter der Quecksilberbehandlung rezidiviert.

Jetzt Wechsel in der Behandlung. Salvarsan wurde wegen der vorausgegangenen Lebererkrankung nicht gegeben — Wismuttherapie! Während der Bi-Kur stolpert Pat. am 16. April auf der Treppe und stößt sich gegen beide Unterschenkel. In den nächsten Tagen bläuliche Verfärbung der Stellen und Auftreten einer Ulzeration, mit scharfen, ausgestanzten Rändern. Spirochäten positiv. Nach 6—7 Bi-Injektionen beginnende Epithelisierung; dagegen erneutes Auftreten von Augenerscheinungen (leichte Neuritis optica und Netzhautblutungen), die wegen ihrer ungewöhnlichen Form für eine Schädigung durch die antiluetische Behandlung gehalten werden (Prof. Fehr).

Bei dieser Pat. mit frischer Lues, die seit einem halben Jahre bestand, kam es wenige Tage nach dem Trauma zu den ulzerösen luetischen Erscheinungen — trotz verhältnismäßig reichlicher Quecksilberbehandlung (Kalomel und Schmierkur) und Wismutbehandlung. Es muß sich hier um einen Quecksilber und Wismut gegenüber sehr resistenten Spirochätenstamm handeln. Ein Zusammenwirken von Organismus, Spirochäten und Medikament ist für Auftreten einer Therapieresistenz immer die Voraussetzung.

Diskussion: F. Lesser führt das Mißlingen der Abortivkur und das Auftreten des Schanker redux auf folgende zwei Momente zurück:

1. Ungeeignete Salvarsandosierung. Acht Injektionen innerhalb acht Wochen — verzettelte Dosen! — Dosis II, III, IV. L. glaubt, daß durch die einschleichenden Dosen die Spirochäten giftfest geworden sind.

2. Fehlen geeigneter Lokalbehandlung des Primäraffektes. Die im Primäraffekt befindlichen Gewebsspirochäten sind dem Salvarsan viel schwerer zugänglich als die im Blut und Lymphsystem kreisenden. Deshalb empfiehlt Lesser Knetmassage als Lokalbehandlung unmittelbar nach der Salvarsaninjektion (Hyperämie an der Stelle des Primäraffektes).

Die Kadmiolinjektionen sind bei dem wassermann-negativen Primäraffekte sicherlich mindestens überflüssig gewesen.

F. Jacobsohn warnt auf Grund eigener schlechter Erfahrungen vor der Abortivbehandlung nach F. Lesser mit schlagartig wirkenden Dosen von Dosis IV. Er sah bei drei Fällen nach in kurzen Intervallen gegebenen Dosen von Dosis III Salvarsanexantheme bei Operationsnummern, die von anderen Pat. anstandslos vertragen wurden. J. bezweifelt 100% Heilerfolge nach Abortivkuren nach dem Lesserschen Schema. Bei einem nach Lesser behandelten Falle sah er nach einem Jahre das Auftreten einer seronegativen Lues cerebrospinalis, die erst durch Kalomel gebessert wurde.

Schlußwort. Langer: Der Bescheid der Klinik über Dosen und Lokalbehandlung ist noch nicht in unseren Händen. Auf jeden Fall erscheint es als sehr gewagt, nach einer Kur bei einem wassermann-negativen Primäraffekt jemanden als geheilt zu erklären.

Digitized by Google

Kleeberg demonstriert: 1. Knaben mit **Granuloma rubra nasi** (Jadassohn). Neben den typischen Effloreszenzen auf der Nase bestanden früher, als der Knabe in der Charité zur Beobachtung war, dieselben Herde am Kinn; jetzt sind einzelne versprengte Bläschen auf der linken Wange nachweisbar. Hyperhidrosis nasi und der Fingerkuppen. Die Affektion heilt meist mit den Jahren spontan aus; manchmal kommt es zur Hydrozystombildung.

2. **Pityriasis rosea des Gesichts** bei einem jungen Mädchen, neben typischen Herden am Körper. Behaarter Kopf ist frei. Kl. sah in den letzten Jahren drei sichere Fälle von Befallensein des behaarten Kopfes bei Pityriasis rosea (typische Ringe und schuppende Herde).

Sprinz: **Acrodermatitis chronica atrophicans.** 37 Jahre alter Mann. Die linke untere Extremität ist in vollem Ausmaße befallen. Die Haut ist von blaurotem Farbenton, seidenpapierartig verdünnt; die Venen schimmern durch. Bemerkenswert scheint der Fall durch die Tatsache, daß sich eine Atrophie der Haut, die aber nur die oberflächlichen Schichten derselben betroffen hat, bis zum Schultergürtel verfolgen läßt, indem auch das rechte Bein und beide Arme mit eingeschlossen sind. Dauer des Leidens bisher etwa sieben Jahre. Ätiologisch nichts zu eruieren.

Sprinz: **Fleckförmige Sklerodermie.** 37jähr. Fräulein. Befallen sind beide Unterschenkel über die Knie hinaus bis etwa zum unteren Drittel der Oberschenkel. Die Herde, deren Gesamtzahl an beiden Beinen etwa 8—12 beträgt, zeigen etwa Kirschkern- bis Talergröße. Es sind alle Entwicklungsstadien nachweisbar, von der Infiltration bis zur glatten Atrophie. Sehr schön ist an einzelnen Herden der „lilac ring" sichtbar. Der Fall ist bemerkenswert durch seine Lokalisation.

Sprinz: **Symmetrische, fortschreitende Teleangiektasien bei kongenitaler Lues.** Die ersten Hauterscheinungen sollen bei dem jetzt 18jähr. Mädchen im dritten Lebensjahre aufgetreten sein. Ein beschleunigtes Fortschreiten des Prozesses sei von dem 13. Lebensjahre an zu konstatieren. Nach eigener Beobachtung der Pat. nimmt die Ausdehnung der befallenen Stellen noch weiter zu und führt auch an bisher intakten Partien zu gleichen Erscheinungen. Der objektive Befund besteht in einer intensiv lividroten Verfärbung beider Unterschenkel, die wie von Gamaschen umgeben scheinen. Die Füße sind beiderseits fast ausgespart. In den mehr abhängigen Partien der Unterschenkel ist die Farbe blaurot, nach den Knien hin mehr weinrot. Bei näherer Betrachtung ist ersichtlich, daß die Rötung sich zusammensetzt aus prall gefüllten kleinsten Gefäßen, bei deren Kompression die Verfärbung vorübergehend verschwindet. Hier und da sind auch etwas größere Gefäße sicht- und tastbar. Ebenso wie an den Beinen ist auch an den Armen die Tatsache des symmetrischen Befallenseins bemerkbar. An den Streckseiten beider Arme finden sich zahlreiche feine Gefäßerweiterungen, ohne daß es bisher wie an den Unterschenkeln zur Entwicklung einer diffusen Hautröte gekommen ist. Schließlich findet sich auch um beide Warzenhöfe herum ein feiner Kranz erweiterter Gefäße. Die Möglichkeit, daß es sich bei Pat. an den Unterschenkeln um Kälteschädigungen handelt, wird abgelehnt. Bei der Überlegung, ob hier ein im späteren Leben sich entwickelnder Naevus angiomatosus vorliegt, unter welcher Diagnose Pat. vorgestellt wurde, oder erworbene Teleangiektasien in Frage kommen, ist mit Rücksicht auf die sich noch weiter entwickelnden feinen Gefäßerweiterungen an Armen und Brust, die man bei Nävi nicht zu finden gewöhnt ist, nach der Seite der Annahme erworbener Teleangiektasien die Entscheidung zu treffen. Abgesehen von der Symmetrie ist auch die Tatsache, daß Pat. kongenital luisch ist, bedeutungsvoll. (Übereinstimmung mit den von E. Hoffmann u. a. beschriebenen Fällen.) Pat. hat bereits wegen spezifischer Augenveränderungen eine Salvarsankur durchgemacht. Die WR ist zur Zeit schwach positiv.

Diskussion: Buschke möchte die Möglichkeit, daß es sich um essentielle Teleangiektasien handelt, nicht von der Hand weisen. An den Bezirken sollen dieselben ja auch erst seit kurzem bestehen. Die Symmetrie weist auf einen zentralen Ursprung hin. Vielleicht liegt bei dieser kongenitalluetischen Pat. eine Störung im Sympathikus und endokrinen System vor, die diese Gefäßveränderungen bedingt.

Sklarz: Ich möchte die Ausführungen Buschkes unterstreichen, indem ich über einen Fall berichte, der vor kurzem von Artom und Fornara im „Giornale italiano di dermatologia e sifilologia" veröffentlicht worden ist und interessante Parallelen mit dem Falle Sprinz' bietet. Es handelt sich um einen 12jähr. Knaben, bei dem — wie ich es Ihnen hier an der Tafel eben skizziert habe — ein teleangiektatischer Fleck von dunkelroter Farbe seit einigen Jahren in einer Lokalisation bestand, die in ihrer Metamerie an nervöse Momente, wahrscheinlich sympathischer Natur, denken ließ, um so

Digitized by Google

mehr, als auch konstitutionelle Zeichen und pharmakodynamische Proben für Hyposympathikotonie sprachen. Die Autoren halten die Affektion für den Ausdruck einer Schädigung des vegetativen Nervensystems. Eine Entzündung kommt nicht in Frage; einen Nävus lehnen sie ab. Bei den engen Beziehungen der Lues zu den endokrinen Drüsen und dem vegetativen Nervensystem, auf die ich ja einmal besonders hingewiesen habe (Derm. W., 1922. Bd. 74, H. 17), kann sehr wohl die kongenitale Lues der Pat. Sprinz', was Buschke soeben betont hat, als in diesem Sinne ätiologischer Faktor für die Affektion von essentiellen Teleangiektasien verantwortlich gemacht werden.

Heyn (Univ-Hautkl.): 1. **Pemphigus vegetans.** Beginn am Nabel, dann Achselhöhlen, Genitalien, Nase. Typisches Bild. Miliare Eiterherde auf den vegetierenden Erosionen, besonders typisch an der Unterlippe. 48% Eosinophilie.

2. **Atypische tertiäre Lues** bei einer Frau? Ausgedehntes Exanthem vor allem an Armen und Händen, bestehend aus anfangs pustulösen, jetzt meist hyperkeratotischen Papeln, am ehesten einem Bromexanthem ähnlich. WR positiv. Auf die antiluetische Behandlung langsamer Rückgang.

Diskussion: Langer fragt, ob eventuell bei der betreffenden Pat. Blennorrhoe vorliegt, da die Erscheinungen in ihrem Aussehen an ein hyperkeratotisches, blennorrhoisches Exanthem erinnern. Diese Möglichkeit erscheint um so mehr berechtigt, als sich nachträglich ergeben hat, daß die Pat. auch anfänglich Gelenkbeschwerden hatte.

Heyn: Die Untersuchung auf Blennorrhoe war vollkommen negativ.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

The British Journal of Venereal Diseases.

1925, Bd. 1, Nr. 2.

The Value of a Scientific Outlook to the Worker in Venereal Diseases (Der Wert wissenschaftlicher Erfahrung für den venerologischen Praktiker), von L. W. Harrison. S. 81. Die Praktiker müssen auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten mit den Laboratoriumsmethoden vertraut sein; so muß man einen schwach positiven und zweifelhaften Wassermann nicht als Verlegenheitsprodukt, sondern als Reaktionsgrad zu taxieren verstehen. Besonders ist bei Feststellung der Wirksamkeit von Vakzinen eine Zusammenarbeit der Kliniker und Laboratiumsarbeiter nötig.

Treatment of Gonococcal Infection by Diathermie (Diathermiebehandlung des Trippers), von E. P. Cumberbatch und S. A. Robinson. S. 86. Bei blennorrhoischen Gelenkerkrankungen ist keine Lokalbehandlung, sondern nur die Durchwärmung der Prostata und Samenblasen nötig; bei Epididymitis werden Samenstrang und Hoden miteinbegriffen. Bei Frauen wurde durch Diathermie und nachfolgende Massage und galvanische Behandlung rasches Schwinden der Gelenkschmerzen und Heilung der Blennorrhoe in 37 von 39 Fällen erreicht. Auch bei Salpingitis verschwinden Fieber, Schmerzen und Schwellung, wenn auch eine Operation nicht immer vermieden werden kann.

The Vaccine Treatment of Gonorrhoea (Vakzinetherapie des Trippers), von A. Renshaw. S. 94. In Frühfällen ist mit Vakzine nichts zu erreichen. Bei blennorrhoischer Erkrankung des Ziliarkörpers ist dagegen die Anwendung von Vakzinen nicht zu entbehren, wenn auch Rezidive nicht verhütet werden können. Sonst kann diese Behandlung nur als Hilfsmittel verwandt werden und ist von zweifelhaftem Wert, da Gonokokken ebenso wie Meningokokken kaum eine Immunität erzeugen.

The Vaccine Therapy of Gonococcal Infections (Vakzinebehandlung des Trippers). Nach einem Vortrag in Med. Soc. f. Ph. Study of Ven. Dis., 23. 1. 1925, von Ph. Panton. S. 104. Verf. regt an, eine bessere Immunisierung durch intradermale Verabreichung von Mischvakzinen zu erzielen, da die Entzündungen der Harnröhre durch direkt in der Haut erzeugte Allergie besser beeinflußt werde.

Digitized by Google

The Vaccine Therapy of Gonococcal Infections (Vakzinetherapie des Trippers). Sitzung vom 23. Januar 1925. S. 109. Zu kurze Intervalle zwischen den Vakzineinjektionen sind vom Übel. Diese müssen eventuell durch Proteininjektionen ergänzt werden.

The Differential Diagnosis Between Gonococcal and Non-Gonococcal Epididymitis (Differentialdiagnose zwischen gonorrhoischer und nichtgonorrhoischer Epididymitis), von K. M. Walker. S. 112. Eine vorausgegangene Blennorrhoe schafft Prädisposition zu tuberkulöser Epididymitis; in 39% der Fälle wurde eine frühere Blennorrhoe eruiert. Bei nachweisbarem Tuberkuloseherd wird die Diagnose sicherer, ebenso bei Befallensein beider Hoden und bei nachweisbaren Veränderungen in Prostata und dem Samenstrange.

Critical Review: Syphilis (Kritisches Referat über Syphilis), von E. T. Burke. S. 118. Neosalvarsaninjektion ist bei der Prophylaxe der Kalomelsalbe überlegen. Drei Injektionen zu 0.3 in Abständen von 1—5 Tagen sind ausreichend. Die neuerdings aufgekommene Prophylaxe nach Levaditi mit Spirozid wird einer besonderen Besprechung vorbehalten.

The Incidence of Neuro-Syphilis in Patients who have been Treated by Modern Intensive Methods (Das Vorkommen der Neuro-Syphilis bei Patienten, die durch moderne, intensive Methoden behandelt wurden). S. 133. Da seit Kriegsbeginn zehn, seit Kriegsende fünf Jahre vergangen sind, müßten neuro-syphilitische Erkrankungen bei den während des Krieges Behandelten jetzt in Erscheinung treten. Auf eine Rundfrage bei verschiedenen Lazaretten sind bisher erst acht Fälle gemeldet worden, die aber während des Krieges ganz ungenügend, zumeist nur mit einzelnen Salvarsandosen, behandelt wurden.

Thoughts on the Prevalence of Syphilis (Betrachtungen über das Vorkommen der Syphilis), von D. White. S. 136. In den 190 Behandlungsstellen Englands wurden 1920—1923 43000, 33000, 26000, 24000 Syphilitiker behandelt. Die Zahlen der letzten Jahre sind durchaus nicht alles Neuerkrankungen, so daß als solche nur etwa 10000 zu rechnen wären. Die Zahl der Neuerkrankungen in ganz England wird jetzt jährlich mit 25000 angenommen. Trotzdem wird vor zu großem Optimismus gewarnt, da die Syphilis eine chronische Krankheit ist; und wenn auch die Zahl der Neuerkrankungen jährlich abnimmt, so wird dadurch die Menge der vorhandenen Kranken nicht vermindert. Die Todesfälle an Paralyse haben sich gegenüber den Zahlen von 1901—1918 für 1919 bis 1923 um 27% verkleinert, für Aneurysma um 12%. Dagegen sind die Zahlen für Tabes gegenüber den ersten 15 Jahren des Jahrhunderts um etwa 50% gestiegen.

F. Rosenthal-Berlin.

The British Journal of Dermatology and Syphilis.

Juni 1925.

Note on a Kind of Chronic Erythema of the Legs in Girls and Young Women, Sometimes Leading to Diffuse Thickening and Sclerodermia-like Induration of the Skin and Subcutaneous Tissue without Nodules or Ulcers (Über eine Art von chronischem Erythem der Beine bei Mädchen und jungen Frauen, manchmal zu diffuser Verdickung und sklerodermieähnlicher Induration der Haut und des subkutanen Gewebes ohne Knoten- oder Geschwürsbildung führend), von F. Parkes Weber. Dieses chronische Erythem — das keinerlei Beziehung zu Bazins Erythema induratum oder zu Tuberkulose hat — ist mehr oder weniger symmetrisch an beiden Seiten vorhanden und befällt weibliche Individuen im Alter von $^1/_4$—20 Jahren; ein Zustand anhaltender lokaler Atonie der Blutkapillaren scheint eine ursächliche Bedingung zu sein. Lokale Kälteeinwirkung auf die mangelhaft bekleideten Beine kann die Veranlassung zu dieser Atonie geben und in manchen Fällen zu roter oder zyanotischer Verdickung der affizierten Haut und des subkutanen Gewebes führen. Gelegentliche Beziehung von Darm-Autointoxikation und sexueller Hypoplasie zu mangelhafter kapillärer Zirkulation in den Extremitäten kann ebenso in manchen Fällen angenommen werden, wenn auch Kälte als lokale Reizwirkung die Hauptrolle spielt. Dafür spricht auch der zeitweise wohltuende Einfluß, welchen warmes Wetter und einige Tage Bettruhe ausüben. Lebertran und Arsenbehandlung haben in manchen Fällen Erfolg — in Anbetracht des zugrunde liegenden konstitutionellen Zustandes —, auch intravenöse Kalkbehandlung sollte in manchen Fällen versucht werden. Das Tragen warmer Strümpfe sollte in allen Fällen

Digitized by Google

empfohlen werden, bei Gefahr von Ulzeration, die aber in keinem der von W. beobachteten Fälle eintrat, ist Bettruhe für einige Tage notwendig.

Case of Purpura Annularis Teleangiectodes (Ein Fall von Purpura annularis teleangiectodes), von S. E. Dore. Diese Affektion von Majocchi und anderen Beobachtern, hauptsächlich in Italien, ist in England noch nicht beobachtet worden. D. beschreibt den Fall eines 39jähr., sonst gesunden Mannes. Die Eruption war spärlich über Arme und Beine verbreitet, vereinzelt am Rumpfe vorhanden. Zuerst waren kleine follikuläre, hämorrhagische Punkte von Stecknadelkopfgröße aufgetreten und hatten sich im Verlaufe von einem Monat zu schuppenden, pigmentierten Herden entwickelt, welche schließlich verschwanden, ohne aber das (End-)Stadium der Atrophie durchzumachen. Differentialdiagnostisch war gewöhnliche Purpura auszuschließen, da keine Extravasate und Farbenänderungen (der Haut) auf Druck vorhanden waren; ebensowenig stimmte die Art der Entwicklung mit Angioma serpiginosum und Schambergs Krankheit überein. Das histologische Bild bot nichts besonders Charakteristisches. Kalziumlaktat, Eisen, Arsenik und Schilddrüsenpräparate wurden ohne Erfolg versucht. Der Rückgang der Erscheinungen nach $1^1/_2$ Jahren steht in Übereinstimmung mit der Dauer von 1—2 Jahren, über die in der Mehrzahl der beobachteten Fälle berichtet wird.

Sensitization of the Skin to Sunlight: Treatment by Peptone Injections (Empfindlichkeit der Haut gegen Sonnenlicht: Behandlung mit Peptoninjektionen), von W. F. Castle. Es handelte es sich um einen 50jähr. Mann, der 15 Jahre in Transvaal gelebt hat und über 10 Jahre an einem mit intensivem Jucken verbundenen Ausschlag an Gesicht und Händen litt. X-Strahlen hatten den Zustand noch verschlimmert, und er wurde auch durch nun mehrere Monate währenden Aufenthalt in England nicht gebessert. Es wurden nun vier Injektionen von (Martindales) Peptonlösung intravenös in viertägigen Zwischenräumen gegeben und eine Chininsalbe verordnet. Der Erfolg der Behandlung war ein sehr bemerkenswerter: nach der ersten Injektion hörte der Reizzustand innerhalb 12 Stunden auf und Pat. konnte zum erstenmal seit langer Zeit gut schlafen; nach der zweiten Injektion war die Infiltration der Haut verschwunden und nach der vierten sahen Hände und Gesicht mit Ausnahme der Narben ganz normal aus. Pat. konnte auch späterhin Sport ausüben und der vollen Sonneneinwirkung sich aussetzen, ohne daß irgend welche Hautreizung dadurch entstanden wäre. Zum Unterschied von Hutchinsons Sommerprurigo, welche immer in frühen Lebensjahren sich einstellt, war vorliegende Affektion erst in späteren Jahren (40. Jahr) aufgetreten.

Cat-Ringworm (Katzentrichophytie), von S. Thomson. Drei Kinder einer Familie durch eine Katze infiziert, die drei charakteristische Herde aufwies und aus denen Penicillium glaucum gezüchtet wurde. M. Stern-München.

Russki Westnik Dermatologii.

1925, Bd. 3, Nr. 5.

Ein Beitrag zur Frage der Paraffinome, von A. Prokoptschuk. Beschreibung von vier Fällen von subkutanem Granuloma nach Kampferinjektionen. Im ersten Fall entwickelten sich die Paraffinome bei einem 32jähr. Manne, 2—3 Monate nach Kampferinjektionen bei Pneumonie; im zweiten Fall $2^1/_2$ Jahre nach ebensolchen Injektionen bei einer 48jähr. Frau wegen Fleckfieber; im dritten Fall bei einer 25jähr. Frau nach Kampferinjektionen infolge von Appendizitis und im vierten Fall bei einer 55jähr. Frau nach solchen wegen Abdominaltyphus. Die mikroskopische und mikrochemische Untersuchung der Granulome ergab das Vorkommen von mineralischem Öl. Das histologische Bild entsprach dem bekannten bei Paraffinomen.

Zur Frage der lokalen Wassermannschen Reaktion bei Syphilis, von Bragin. Bei der Untersuchung des Reizserums von 62 Primärsklerosen erwies sich die WR des Reizserums spezifisch, und zwar 7—14 Tage früher als im Blut.

Zur Frage über die toxische Salvarsanwirkung, von Ugrjumow. Bericht über fünf Sektionen nach Salvarsantod, wo eine mittlere Dosis angewendet worden war. In vier Fällen wurden schwere Nierenschädigungen konstatiert, obgleich die Verstorbenen kein Hg erhalten hatten.

Zur Behandlung des Ekzems, von Kharchanowsky. Milchinjektionen erwiesen sich als nicht günstig, Kochsalzinjektionen nach Linser wie intravenöse Einspritzungen von BrNa nach Lebedejew häufig erfolgreich.

Digitized by Google

Über die Behandlung von Ekzem mit intravenösen Brominjektionen, von Matousis. Verf. ist sehr befriedigt von den intravenösen Bromeinspritzungen von Bromnatrium (1,0 : 10,0 physiologische Kochsalzlösung).

Ein Fall von Syphilis der Schädelknochen, von Goldschmied. Ausgebreitete Affektion der Schädelknochen mit Abstoßung eines großen Sequesters und nachbleibenden Knochenvertiefung. Störungen von seiten des zentralen Nervensystems wurden nicht beobachtet.

Ein Fall von primärer Sklerose des Auges, von Tjunkin. Der Primäraffekt saß auf dem rechten unteren Lide bei einem Manne. A. Jordan-Moskau.

Archives of Dermatology and Syphilology.

1925, Bd. 11, Nr. 5.

Tryparsamide in the Treatment of Neuro-Syphilis: a Study Based on Observation of 152 Patients for Eighteen Months (Tryparsamid in der Behandlung der Nervensyphilis; eine Studie, die sich auf die Beobachtung von 152 Patienten während 18 Monate gründet), von J. H. Stokes-Philadelphia und L. F. X. Wilhelm-New York. S. 579. Das Tryparsamid ist ungeeignet zur Behandlung frischer Syphilis, da es nicht direkt die Spirochäten abtötet, sondern nur umstimmend auf das erkrankte Gewebe wirkt. Es ist vorzüglich zur Behandlung der Nervensyphilis geeignet, besonders da, wo die übliche Therapie (Salvarsan-Hg-Jod) versagt hat. Während nach Gebrauch von Tryparsamid die üblichen Schädigungen einer Salvarsan-Hg-Kur nicht vorkommen, muß sorgfältig auf eine Schädigung des Sehnerven geachtet werden. Vor und während der Kur muß ein genauer Befund des Augenhintergrundes aufgenommen und auf die geringsten Klagen der Pat. über Verschleierung, Einengung des Gesichtsfeldes geachtet werden. Nur ein objektiver Befund ist ein Grund zur Unterbrechung der Kur. Oft tritt nach Tryparsamidbehandlung ein starker Herxheimer auf, der bis dahin harmlose Kranke zu gemeingefährlichen umwandeln kann. In manchen Fällen ist daher zu überlegen, ob man diese Umwandlung, die meist im Verlaufe der Kur zurückzugehen pflegt, hervorzurufen wagen darf. Besonders günstig wirkte Tryparsamid bei resistenter Tabes mit gastrischen Krisen. Verf. gab das Tryparsamid stets mit Hg kombiniert. Er empfiehlt, andere Kombinationen auszuprobieren und das Tryparsamid wegen der Erblindungsgefahr stets nur als Mittel zweiter Linie zu gebrauchen.

Urticaria Pigmentosa with Hyperplasia of the Thymus Gland (Urticaria pigmentosa mit Thymushyperplasie), von L. Hollander-Pittsburgh. S. 611. Bericht über zwei Fälle von Urticaria pigmentosa mit Hyperplasie des Thymus. Urticaria pigmentosa und Status thymico-lymphaticus sind beides Erkrankungen der Kindheit; die Rückbildung dieser beiden offenbar zusammenhängenden Erscheinungen erfolgt langsam, meist erst zur Pubertätszeit; ihnen gemeinsam ist ferner eine allgemeine Drüsenschwellung, die bei der Urticaria pigmentosa stets von einer symmetrischen Ausbreitung des Exanthems begleitet wird. Nach Radiumbehandlung des Thymus Rückgang derselben mit gleichzeitigem Schwinden der Urticaria pigmentosa ist offenbar als endokrine Störung anzusprechen.

Glucose Tolerance Reactions in Eczema (Traubenzuckertoleranzreaktionen bei Ekzem), von S. Ayres-Los Angeles. S. 623. 48 Fälle von typischem Ekzem wurden nach einer bestimmten Mahlzeit auf ihren Blutzuckergehalt untersucht, der nach der kolorimetrischen Methode von Folin-Wu in vier Laboratorien gleichzeitig bestimmt wurde. Die Werte für Ekzematiker waren sowohl während des Fastens als in Zeitabständen nach der Mahlzeit durchweg höher als bei normalen Personen. Zwei typische Krankengeschichten werden ausführlich wiedergegeben, wo nach Herabsetzung der Kohlenhydrate Heilung des Ekzems erfolgte. Offenbar liegt dem gestörten Kohlenhydratstoffwechsel eine innersekretorische Erkrankung zugrunde (Thyreoidea? Hypophyse? mangelhafte Leberfunktion?), die wir noch nicht kennen.

Studies on Hair With Special Reference to Hypertrichosis (Studien über das Haar mit besonderer Berücksichtigung der Hypertrichose), von C. H. Danforth, Stanford-Univ. Calif. S. 637. Diese Fortsetzung der im Aprilheft d. J. begonnenen Arbeit bringt eine genaue Schilderung über die Entstehung der Säugetierhaare, über Wachstumsrichtung, histologischen Aufbau, Wachstumsbeeinflussung und Haarfarbe.

Rat-Bite Dermatitis with a Report of a Case (Rattenbißdermatitis mit Bericht eines Falles), von W. B. Adams, Univ. Beirut, Syrien. S. 654. Bericht über einen

Digitized by Google

typischen Fall von Rattenbißdermatitis, wie sie in Japan sehr häufig vorkommt, wo Ratten eher in die leichten Behausungen eindringen können. Die durch die Spirochaete morsus muris hervorgerufene Erkrankung beginnt meist 5—12 Tage, aber auch 4—6 Wochen nach dem Biß mit Bildung eines Geschwürs an der vernarbten Bißstelle, ähnlich einem syphilitischen Primäraffekt und einem universellen roseolaartigen Exanthem. Die Allgemeinerscheinungen können sehr schwer sein. Fälle mit tödlichem Ausgang kommen nur bei bereits anfälligen Leuten vor. Der hier geschilderte Fall heilte bereits völlig nach zweimal 0,45 Salvarsan; im allgemeinen dürften 4—5 Injektionen notwendig sein.

The Effect of Glucose on the Stabilization of Solutions of Arsphenamin and Neo-Arsphenamin (Die Wirkung des Traubenzuckers auf die Haltbarkeit von Arsphenamin- und Neoarsphenaminlösungen), von J. F. Schamberg und A. M. Rule-Philadelphia. S. 658. Die Hinzufügung 5%igen Traubenzuckers zu Arsphenaminlösungen verzögert die Oxydation um 24 Stunden, so daß am Ende dieser Zeit das Arsphenamin in derselben Dosierung ertragen wird, als wenn es gleich injiziert worden wäre. Bei Neoarsphenamin wird weder die Oxydation hinausgeschoben, noch die Toxizität vermindert.

L. Mühlpfordt-Allenstein.

Bücherbesprechungen.

Lehrbuch der Strahlentherapie. Bd. I. Die wissenschaftlichen Grundlagen der Strahlentherapie, von H. Meyer. (Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin 1925.) Das Lehrbuch wird gemeinsam mit Gauss-Würzburg, Gudzent-Berlin, Holthusen-Hamburg, Klingmüller-Kiel, Werner-Heidelberg von Hans Meyer-Bremen herausgegeben. Das Lehrbuch gliedert sich in 2 Hauptteile: 1. Die wissenschaftlichen Grundlagen der Strahlentherapie; 2. die Strahlentherapie in der Chirurgie, Inneren Medizin, Gynäkologie und Dermatologie. Die Entwicklung der Strahlentherapie ist in jeder Disziplin ihre eigenen Wege gegangen, so daß es sich „aus der Praxis heraus" für nötig erwies, die Strahlentherapie in jeder Disziplin gesondert zu besprechen. Die Herausgeber und Mitarbeiter haben unter Zugrundelegen der in den letzten 12 Jahren erschienenen Arbeiten ein großzügiges vollständiges Lehrbuch geschaffen. Holzknecht schildert die geschichtliche Entwicklung der Strahlenbehandlung, Dorno-Davos bespricht die Physik der Sonnen- und Himmelstrahlung und Vahle-Berlin die optischen Grundlagen der Lichttherapie und die in der Behandlung gebräuchlichen Lichtquellen. Wenn auch anscheinend diese Arbeiten mit der ärztlichen Tätigkeit nicht direkt in Verbindung stehen, so sind sie für ein grundlegendes Verständnis des Gesamtstoffes des Lehrbuches von wesentlicher Bedeutung. Die Dosimetrie von Ultraviolettlichtquellen behandelt der bekannte Forscher auf diesem Gebiete, Keller-Freiburg. Holthusen-Hamburg hat das Kapitel über die Physik der Röntgenstrahlen bearbeitet. Die für den Nichtphysiker schwierigen neuesten Theorien und Probleme sind kurz, aber klar und vollständig dargestellt. Ebenfalls von Holthusen ist das Kapitel über die qualitative und quantitative Messung der Röntgenstrahlen. Sämtliche Meßverfahren werden besprochen und durch klare Abbildungen erläutert. Dessauer und Brenzinger-Frankfurt besprechen die notwendigsten Grundlagen der Elektrizitätslehre und berichten über die zur Zeit gebräuchlichen Röntgenröhren und Gleichspannungsapparate bei besonderer Berücksichtigung der Tiefentherapie. Einen weiten Raum der Besprechungen nehmen die radioaktiven Substanzen ein. Von Hahn-Berlin ist ein Kapitel über die radioaktiven Substanzen und ihre Eigenschaften; von Meitner-Berlin über die Strahlen der radioaktiven Substanzen und ihre Bedeutung für die Atomforschung; von Becker-Heidelberg über die Physik der radioaktiven Meßmethoden. Die neuesten Forschungen auf diesen Gebieten haben die weitgehendsten Umwälzungen in unseren chemischen und physikalischen Grundbegriffen, insbesondere in der Atomforschung, erzeugt. Daher ist es zu begrüßen, daß in verständlicher Form es jedem Mediziner möglich gemacht wird, sich zu orientieren. Über die technische Anwendung der radioaktiven Substanzen belehrt der Abschnitt von Simpson-Chicago, und zwar über Apparate, Filter und spezielle Technik in jeder einzelnen Disziplin. Sehr lesenswert sind die Betrachtungen von Hausmann-Wien über allgemeine Lichtbiologie und Lichtpathologie. Da die neuesten Forschungen sich zum Teil widersprechen, sind sie einzeln angeführt und zum Schluß zusammengefaßt. Die grundlegenden Arbeiten Finsens werden gebührend besprochen. Den Dermatologen werden im speziellen die Lichterkrankungen interessieren; bei ihrer Besprechung werden neue Gesichtspunkte angeführt.

Digitized by Google

Um die Erforschung der biologischen Grundlagen der Radiotherapie haben sich seit Beginn der Entdeckung der neuen Strahlen viele Wissenschaftler und Praktiker bemüht. Es ist sehr zu begrüßen, daß gerade diese Kapitel des allgemeinen Interesses wegen so ausführlich behandelt worden sind. Heinke-Leipzig und G. Perthes-Tübingen behandeln die biologische Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen, während Holthusen die theoretischen Grundlagen der Strahlentherapie mit besonderer Berücksichtigung der Allgemeinwirkung einer grundlegenden Bearbeitung unterzieht. Opitz bespricht die biologischen Grundlagen der Strahlentherapie des Karzinoms. Ganz ausgezeichnete Abbildungen vervollständigen diesen Abschnitt. Kurz, aber erschöpfend bespricht de la Camp die biologischen Grundlagen der Strahlentherapie der Tuberkulose. Theoretische und praktische Fragen, mehr für den Tiefentherapeuten berechnet, behandelt Dessauer in einem Abschnitt über die Grundgesetze der Therapie. Von Wichtigkeit für jeden Radiologen sind die Kenntnisse über Röntgen- (Radium-) Schädigungen. Strauß-Berlin, der über eine große Gutachtertätigkeit und über große Erfahrungen verfügt, behandelt dieses Thema von der klinischen Seite. Er betont unter anderem die Notwendigkeit des Erforschens besonders der Schädigungen, die „überraschend auftreten", da insbesondere diese Schädigungen sehr zugenommen haben und zum Teil noch ganz ungeklärt sind. Mit der rechtlichen Beurteilung der Schädigungen beschäftigt sich sehr eingehend Bucky-Berlin. Mit dem nötigen Röntgenstrahlenschutz (des Kranken und des Personals) macht den Leser Lorey-Hamburg bekannt. Dem Buch ist die weiteste Verbreitung zu wünschen. Inhaltlich ist es in gründlichster Weise von den ersten Fachspezialisten bearbeitet, und auch die äußere Ausstattung ist hervorragend. Herausgeber und Verleger verdienen unseren besonderen Dank. E. Hornemann-Lüneburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

e. Therapie.

Über die Wirkung kleiner Chinindosen auf die therapeutische Impfmalaria, von O. Kauders, Psych. neurol. Univ.-Kl. Wien. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1924, Bd. 44, H. 1/2, S. 69.) Nach diesen Untersuchungen haben wir in den kleinen Chinindosen (0,1—0,3 g) ein ausgezeichnetes, in den meisten Fällen wirksames Mittel, um, wie dies gegen Ende der Fieberperiode therapeutisch oft indiziert ist, die Fieberanfälle vorübergehend abzuschwächen oder ganz zum Schwinden zu bringen und nach einer gewissen Pause wieder zu provozieren. Bei der Ausprobung der kleinen Chinindosen haben sich drei verschiedene Stufen der Chininempfindlichkeit und damit auch verschiedener Reaktionsweisen der Fälle ergeben. Es erscheint die Annahme gerechtfertigt, daß es sich bei einer Reihe von Fällen, die auf die kleine Chinindosis mit Aufhören des Fiebers bei positivem Parasitenbefunde reagieren, um Immunisierungsvorgänge handelt, welche Annahme auch experimentell sich stützen läßt. In einigen Fällen dieser Gruppe gelang es, eigentümlich degenerierte, den Chininformen ähnelnde, von ihnen aber durch den absoluten Chromatinmangel unterschiedene Parasitenformen nachzuweisen. Die bildlichen Darstellungen (Vergleiche zwischen normalen Parasitenformen und Blutpräparaten 24 Stunden [nach 0,2 Chinin] resp. nach 4 fieberfreien Tagen nach 0,2 Chinin) bilden eine überzeugende Ergänzung der Arbeit. M. Stern-München.

Ulcus molle, Venerisches Granulom.

Les acquisitions récentes au sujet du diagnostic et du traitement du chancre mou et ses complications (Die neueren Errungenschaften in bezug auf die Diagnose und Behandlung des weichen Schankers), von Ch. Nicolle u. P. Durand-Tunis. (Paris méd., 1924, Nr. 104, S. 1033.) Zur Züchtung der Schankerbazillen verwenden Verff. folgendes Nährmedium: Zu 1 l Bouillon gibt man 2,5 g Agar und 10,0 g Stärke oder Kartoffelmehl. Nach der Sterilisierung setzt man dem Reagenzröhrchen $^1/_5$ Vol. defibriniertes Kaninchenblut zu und läßt in vertikaler Lage erkalten. Auf diesem Nährboden bleibt der Bazillus bis zu $1^1/_2$ Monat am Leben, doch tut man gut, alle 3 Wochen eine Überimpfung vorzunehmen. Handelt es sich um Herstellung einer

Digitized by Google

Emulsion zu medizinischen Zwecken, so ist vorher die Übertragung auf das Reenstiernasche Medium nötig. In einem Erlenmeyerschen Kolben werden 90 g einer 3%igen Agarlösung sterilisiert und nach Abkühlung auf 60° mit 20 g defibriniertem Kaninchenblut versetzt. Mit diesen Kulturen hat Reenstierna (angeregt durch frühere Versuche von Ito mit bestem Erfolg die intrakutane Reaktion zum Nachweis namentlich alter Infektionen mit Ulcus molle ausgeführt, und die in Tunis in gleicher Weise ausgeführten Untersuchungen lieferten außerordentlich zuverlässige Resultate. Zur Behandlung des Ulcus molle verwenden Verff. intravenöse Injektionen einer Emulsion von Streptobazillenkulturen, über deren Herstellungsweise sie an anderer Stelle berichtet haben. Die damit erzielten Resultate sind äußerst befriedigend und kommen der von Reenstierna mit seiner durch Infektion von Hammeln gewonnenen Vakzine ungefähr gleich. Heilung erfolgte bei 25 Fällen von unkompliziertem Schanker durchschnittlich in 12 Tagen, bei Komplikation mit Bubonen, offen oder noch geschlossen, in 16—17 Tagen. In 4 Fällen von Rezidiv (nachdem die Pat. eigenmächtig die Behandlung unterbrochen hatten) wurde Heilung in 4—6 Tagen erzielt. In einer Fußnote wird bemerkt, daß mit Abfassung des Berichts noch weitere (96) Pat. mit ebenso gutem Resultat behandelt worden sind.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Isolement du Bacille de Ducrey. Milieux de culture et préparation d'un vaccin (Isolierung des Streptobazillus, Nährböden und Vakzinebereitung), von J. Hababou-Sala. (Compts. rend. Soc. Biologie, 1925, Bd. 92, Nr. 7, S. 498.) Es ist Verf. gelungen, den Streptobazillen auf flüssigem und festem Nährboden zu kultivieren und durch intradermale Reaktion bei einem an weichem Schanker leidenden Pat. die Identität der Kulturen mit Streptobazillen festzustellen. Die Behandlung mit filtrierter Vakzine ergab bei lokaler Anwendung und Injektion in die Bubonen gute Resultate.

L. Gumpert-Blaschko-Berlin.

Drainagebehandlung von Ulcus-molle-Bubonen, von Schneemann, Derm. Abt. Allerheiligen-Hospital Breslau. (M. Kl., 1925, Nr. 21, S. 770—771.) Die Methode stellt eine Kombination von Haarseil und Fontanelle dar. Durchstechung des Bubo mit einer dicken Kanüle, die, nachdem ein 0,6 mm dicker Bronzedraht durch sie hindurchgeführt ist, entfernt wird; Sicherung des Drahtes durch zwei an seinen Enden befestigte Perlen. Schon nach 2 Tagen wird das Sekret mehr serös, die Schmerzen schwinden, die Temperatur geht herab. Behandlung bei Bubonen, die mindestens Pflaumengröße haben. Versager durch Weiterkriechen der Eiterung in tiefere Drüsen oder Schankröswerden der Ein- und Ausstichöffnung. Vorzüge sind, daß die Behandlung ambulant durchgeführt werden kann und kürzere Zeit erfordert, sowie daß der kosmetische Erfolg ein sehr guter ist. E. Levin-Berlin.

Contributo alla terapia delle ulceri fragedeniche serpiginose (Beitrag zur Behandlung der phagedänischen serpiginösen Geschwüre), von A. Angelozzi (Lecce). (Pensiero Medico, 1924, Nr. 36.) Verf. beschreibt an 5 Fällen seine Methode der Behandlung der phagedänischen Geschwüre, welche in der Reinigung derselben mit heißer 0,2%iger Hypermanganatlösung, gefolgt 3—4 Minuten hierauf von Abtrocknung mit steriler Gaze und gründlicher Bestreuung des Grundes und der Ränder mit Neosalvarsan nach Entnahme des Pulvers aus der frisch geöffneten Ampulle besteht. Verbandwechsel nach 24 Stunden, worauf sich auf dem Geschwüre eine Kruste zeigte. Dieses Verfahren genügte, um dem Weiterschreiten des phagedänischen Prozesses Einhalt zu tun. Fortsetzung der Behandlung bestand in Abkühlung mit sterilem Wasser und nach Entfernung des Schorfes in Waschung mit 12volumigen H_2O_2 und Bestreuung mit Europhen oder Xeroform. Heilungsdauer durchschnittlich 30 Tage.

E. Freund-Triest.

Granuloma Inguinale. Including a Series of Cases Illustrating Some Points in Prognosis and Treatment (Leistengranulome), von A. R. Fraser, Univ.-Klin. Kapstadt. (J. of Urology, 1925, Bd. 13, Nr. 2, S. 227.) Die Granuloma inguinalia sind unter der farbigen Bevölkerung der Kaphalbinsel sehr verbreitet und deshalb von großer Wichtigkeit. Deshalb wurde diese Erkrankung anfangs irrtümlich als Kennzeichen einer tertiären Lues angesehen, besonders da bei der farbigen Bevölkerung die WR von geringer diagnostischer Bedeutung ist. Verf. beschreibt 18 Fälle von Granuloma inguinale, von denen 16 mit Brechweinstein behandelt wurden. 6 wurden geheilt. In 10 Fällen sah Verf. keine Besserung selbst bei intravenösem Gebrauch dieses Mittels. Ein Fall heilte nach Gebrauch von Sulfarsenol. In keinem Falle aber war der Heilverlauf so schnell wie ihn andere Verf. nach

Digitized by Google

intravenösen Gaben von Brechweinstein gesehen haben wollen. Die Prognose in betreff der Heilung ist immer schwer, obgleich keine Lebensgefahr besteht. Wenn die Krankheit auf den Penis übergreift, so besteht immer die ernste Gefahr, daß das ganze Organ zerstört wird. Die Krankheit besteht in ulzerierenden Granulomen, die fortschreitend die ganze Schamgegend befallen können. Die venerische Ansteckung ist nicht sicher erwiesen, man findet oft den Mann erkrankt, während die Frau gesund geblieben ist und umgekehrt. Die Krankheit befällt meist die Neger, ist aber auch schon bei Weißen beobachtet worden. Cleland glaubt, daß di Hunde eine ähnliche Krankheit haben und daß die eingeborenen Frauen in West australien sie von diesen übertragen bekommen. E. Black verwirft diese Hypothese. Die Krankheit ist eine chronische. Die Infektion sitzt außer am Damm an den äußeren Genitalien der Frau, am Anus, an den Schenkeln, am Gesäß, a Penis des Mannes, seltener im Gesicht, an der Nase und den Lippen. Zuerst entsteht eine nicht entzündliche Papel, die sich im Wachsen rötet, zuletzt aufbricht und sich dann durch Weiterinfektion vergrößert. Antimon ist ohne Einfluß, ebenso ist Arsen meist ohne Erfolg, wenn auch Verf. in einem Falle durch Sulfarsenol Heilung erzielte. Quecksilber, Jod, kolloidales Magnesium, Schwefel ist alles ohne Nutzen. Auch Kurettement, Kauterisation oder Exzision bringen die Krankheit nicht zum Abklingen. Lichtbehandlung ist ohne Einfluß. Salvarsan hat ebenso häufig versagt. A. Rosenburg-Mannheim.

Granuloma Inguinale and Syphilis (Granuloma inguinale und Syphilis), von J. C. Mc Rae-Atlanta. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 7, S. 512.) Beide Affektionen gleichzeitig bei demselben Pat., vermutlich durch den gleichen Koitus erworben. Die Doppeldiagnose wird erst gestellt, nachdem 4monatige antiluetische Kur das Granulom im Sulcus coronarius nicht zum Rückgang bringt, wohl aber die WR günstig beeinflußt. Auf Antimon Heilung. F. M. Peter-Hamburg.

Blennorrhoe.

a. Ätiologie.

La spermoculture (Die Spermakultur), von A. Grimberg. (J. Méd. Paris, 1925, Nr. 15, S. 315—317.) Die Auffindung von Gonokokken bei chronischen Urethritiden wird erleichtert durch Anlegung von Kulturen vom Sperma. Dieses muß bis zur Untersuchung bei Körpertemperatur gehalten werden, es wird durch 1½stündigen Aufenthalt im Brutschrank verflüssigt, Aussaat auf Gelose-Aszites, 24 Stunden Brutschrank. In 85—90% der Fälle ist der Gonokokkenbefund positiv, negative Befunde beruhen wesentlich auf mangelhafter Technik; wird das Sperma zunächst 24 Stunden im Brutschrank gehalten, so können dadurch die positiven Resultate verbessert werden. Das hauptsächlichste Reservoir für die Gonokokken bilden die Samenblasen; klinische Symptome können trotz positiven Gonokokkenbefundes fehlen. Die Spermakultur ist auch wichtig für die Bereitung der die wichtigste Behandlung darstellenden Autovakzine. E. Levin-Berlin.

A propos de la note de Mlle Le Soudier et J. Verge: „Milieu au blanc d'oeuf pour la culture du Gonocoque (Bemerkungen zu der Mitteilung von Frl. le Soudier und J. Verge: „Eiweißnährboden für Gonokokkenkulturen", von E. Roublot. (Compts. rend. Soc. Biologie, 1925, Bd. 92, Nr. 6, S. 415.) Verf. verwendet seit 3 Jahren im Institut Pasteur mit gutem Erfolge einen Gonokokkennährboden folgender Zusammensetzung: Zu 1 Volumen Weißei fügt man langsam 4 Volumen Aq. dest., siebt durch ein Drahtsieb, erwärmt 15 Min. auf 115°, filtriert und steriliert 20 Min. lang bei 110°. Zur Bereitung fester Nährböden nimmt man 1 Teil dieses Nährbodens auf 2 Teile 3%igem Agar. M. Gumpert-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Gestorben: Prof. Ludwig Merk, Vorstand der dermatologischen Klinik in Innsbruck. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 40 (Bd. 81) 3. Oktober 1925

Aus dem Hospital Tandjong Morawa der Senembah-Maatschappy (Sumatras Ostküste).

Über die von Muchow und Levy angegebene Leprareaktion.

Von

Dr. M. Heinemann.

Muchow und Levy beschrieben in der Derm. W., 1923, Nr. 42 und in der Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde, 1924, Nr. 20 eine serodiagnostische Methode zur Erkennung der Lepra, die sie zur Nachprüfung empfahlen, da sie für Lepra spezifisch zu sein schien.

Ist meine bisherige Untersuchungsreihe auch noch klein, so möchte ich doch darüber in Kürze berichten. Ich untersuchte die Seren von 8 Leprakranken und von 15 Patienten, die keinerlei Zeichen lepröser Erkrankung zeigten. Ich hielt mich genau an die Vorschrift von Muchow und Levy. Der Extrakt — mit Alkohol-NaCl 0,85 % aa bereitet — wurde aus feingeriebenen frischen Lepraknoten hergestellt, die von einem bisher nicht behandelten Chinesen stammten.

Sämtliche 8 Leprakranke reagierten positiv, doch auch 4 der Kontrollfälle reagierten positiv, trotzdem sie keinerlei Zeichen lepröser Erkrankung zeigten, und auch im Nasenschleim keine Leprabazillen nachweisbar waren.

Dieser Befund mahnt vorläufig zur Vorsicht in der Beurteilung des positiven Ausfalls der Reaktion. Die Diagnose Lepra entscheidet ja bisher — wie kaum die Diagnose einer anderen Erkrankung — als ein Urteil von lebenslänglicher Wirksamkeit über die Zukunft des Patienten [1]).

Mein Befund, wiederhole ich, mahnt uns vorläufig zur Vorsicht bei der Beurteilung des positiven Ausfalls der Muchow-Levyschen Reaktion. Ich werde die 4 positiv reagierenden Kontrollfälle — Arbeiter unserer Pflanzungsgesellschaft — genauestens weiter beobachten. Es ist a priori nicht ausgeschlossen, daß wir in ihnen mit Lepravirus Behaftete vor uns haben, bei denen es noch nicht zu Krankheitsäußerungen gekommen ist. Der ätiologische Zusammenhang und die Klinik der Lepra bieten uns ja noch so viele Rätsel, daß es der Mühe wert erscheint, sie auch

[1]) Der symptomatische Erfolg in den letzten Jahren durchgeführter chemotherapeutischer Maßnahmen bei Lepra (Thymol usw.) läßt die Hoffnung auf eine optimistischere Anschauung bezüglich der Heilbarkeit der Lepra zu (siehe über Thymolbehandlung, die von Mamzah eingeführt wurde, auch Heinemann, Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, 1924, Bd. 59; Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1924, Bd. 28 und Geneesk. Tijdschr. v. Nederlandsch-Indie, Bd. 65, 1. Abt.).

Digitized by Google

an der Hand der Much-Lévyschen Reaktion, die die 8 sicheren Leprafälle so prompt anzeigte, zu studieren.

Ich hoffe, in kurzer Zeit an dieser Stelle eine ausgebreitete Nachprüfung der Much-Lévyschen Lepra-reaktion mitteilen zu können.

Nr.	Patient	Wohnort	Hosp.-Nr.	Krankheit	Wassermann	Meinicke (DM.)	Meinicke (MTR.)	Lepra-reaktion Much-Lévy
1.	Javanin	Soengei Bahasa	1700	Contusio	positiv	negativ	negativ	negativ
2.	„	Patoembah	1773	Rheuma	negativ	„	„	positiv
3.	Javane	Goenoeng Rinteh	1777	„	„	„	„	negativ
4.	„	Patoembah	1775	Lat. Lues	positiv	positiv	positiv	„
5.	Chinese	Goenoeng Rinteh	1778	Bronchitis	negativ	negativ	negativ	„
6.	Javanin	Batang Kwis	1783	Enteritis	„	„	„	„
7.	Javane	„ „	1747	Rheuma	„	„	„	„
8.	„	„ „	1768	Skabies	„	„	„	„
9.	Javanin	Tg. Morawa Kiri	1728	Vulnus	„	„	„	„
10.	„	Patoembah	1792	Abszeß	positiv	positiv	positiv	positiv
11.	Javane	„	1793	Bronchitis	negativ	negativ	negativ	negativ
12.	Chinese	Tandjong Morawa	1787	„	„	„	„	positiv
13.	„	Patoembah	1726	„	„	„	„	negativ
14.	Javane	„	1797	Framboësie-Narben	„	„	„	positiv
15.	Chinese	Soengei Bahasa	1798	Malaria III.	„	„	„	negativ
16.	„	Liman Moenkoer	1745	Lepra	positiv	„	„	positiv
17.	„	Padang Boelan	1429	„	negativ	„	„	„
18.	Bataker	Patoembah	1765	„	„	„	„	„
19.	Tamile	Tandjong Poera	1730	„	„	„	„	„
20.	Chinese	Loeboek Pakam	amb.	„	„	„	„	„
21.	Bataker	Perdagangan	„	„	positiv	positiv	positiv	„
22.	Chinese	Loeboek Pakam	„	„	negativ	negativ	negativ	„
23.	„	Medan	„	„	„	„	„	„

Der Komplementverbrauch bei Kohlensäureschneebehandlung der tuberösen Lepra.

Von

Prof. A. Paldrock,

Direktor der Dermatologischen Universitätspoliklinik in Dorpat.

Den Komplementgehalt des Normalmenschenserums feststellend, fand J. Eliasberg[1]) ihn zehnmal geringer als den des Meerschweinchenserums; im Serum Leprös er aber ist freies Komplement überhaupt nicht vorhanden.

Bei Leprösen werden zwar große Mengen Antigen produziert; es werden aber auch viel größere Mengen Ambozeptor gebildet. Diese verbrauchen nun zu ihrer Verankerung das gesamte Komplement. Dieses reicht aber nicht aus; deshalb kreisen im Blute Leprös er Ambozeptoren in größerer Menge, Antigene aber in geringerer Menge,

[1]) Über das Fehlen freien Komplementes im Blute Leprös er. D. m. W., 1911, Nr. 7.

Digitized by Google

und da kein Komplement vorhanden ist, werden die Antigene nicht abgefangen — daher der progrediente, unaufhaltsame Verlauf der Erkrankung. „Es scheint also, daß das Fehlen des Komplementes bei Anwesenheit von Ambozeptor und Antigen im Blute Lepröser mit ein Grund ist für die Unheilbarkeit dieser Krankheit", schließt Eliasberg seine Abhandlung.

Weil E. seine Untersuchungen nur an 6 Leprösen vorgenommen hatte, schien mir die von ihm aufgestellte Tatsache einer Nachprüfung wert, und nahm ich diese in Gemeinschaft mit den Herren Dr. Kehrig und Leisner vor. Die Versuchsanordnung ist umstehender Tabelle ersichtlich.

Alle Versuche wurden unter gleichbleibenden Bedingungen ausgeführt. Zwischen 10—11 Uhr vormittags wurde aus der Vena mediana der Ellenbogenbeuge der Pat. das Blut entnommen und der Versuch selbst 5—6 Stunden später mit sofort gewonnenem Serum, inaktiviertem Ambozeptor und frisch gewaschenen Hammelblutkörperchen vorgenommen. In je 6 Gläschen kommen bei jedem Versuche je 0,5 des Ambozeptors — die vierfache, beim Titrieren für vollständige Hämolyse nötig gefundenen Menge — und 0,5 einer 5%igen Hammelblutkörperchenemulsion in physiologischer Kochsalzlösung als hämolytisches System; dann weiter in aufsteigender Menge 0,1—1,0 des zu untersuchenden Patientenserums mit einem Zusatz von so viel physiologischer Kochsalzlösung, daß ihr Gemisch 1 ccm ausmacht. Weiter wurden je 2 Gläschen ohne Serum, wohl aber mit wechselnden Mengen Ambozeptor und physiologischer Kochsalzlösung als Kontrollröhrchen aufgestellt. Jedes der Gläschen hatte also die gleiche Menge von 2 ccm als Inhalt. Der Grad der eingetretenen Hämolyse wurde als wenige, mäßige, reichliche und volle Hämolyse mit Zahlen 1, 2, 3 und 4 in die Tabelle eingetragen, während 0 komplette Hemmung der Hämolyse bedeutet.

Im Dezember 1924 wurde das Serum von 10 tuberösen Leprösen, welche gerade ihre sechswöchige Kohlensäureschneekur beendet hatten, auf ihren Komplementgehalt untersucht. Das Ergebnis war: bei allen 10 Leprösen fand sich freies Komplement im Blute. Entsprechend den zum Versuche verwandten Mengen des Serums erhielt man entsprechende Grade der Hämolyse. Die gefundenen Werte addierend und aus ihrer Summe die mittleren Werte entnehmend, finden wir bei den ersten fünf Pat. Nr. 1, 16, 3, 10 und 2 bei 0,6 Serumzusatz reichliche Hämolyse (3), welche sich beim Zusatz von 0,8 noch ein wenig steigerte, bei 1,0 aber wieder geringer wurde — ein Zeichen der Eigenhemmung. Bei fünf weiteren Leprösen — Nr. 6, 9, 13, 15 und 11 — trat vollständige Hämolyse (4) beim Zusatz von 0,6 Patientenserum ein; bei 0,8 und 1,0 Serumzusatz aber sieht man schon Eigenhemmung.

Im Februar 1925, also 8 Wochen später, in welcher Zeit keinerlei Behandlung vorgenommen worden war, wurde die Komplementbestimmung wiederholt. In dieser Zeit hatte bei den fünf Pat. der ersten Gruppe die Komplementmenge merklich zugenommen; von den fünf weiteren Pat. der zweiten Gruppe wies Nr. 11 ein Gleichbleiben der Komplementmenge, die Pat. Nr. 6, 9, 13 und 15 aber eine merkliche Abnahme desselben auf — alle fünf hatten sie vorübergehend Erkältungskrankheiten durch-

Digitized by Google

Nummer	Name	Alter in Jahren	Wieviel Jahre leprös	Wie vorgeschritten die Krankheit ist	11. XII. 1924							
					Ambozeptor	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,0
					5%ige Emulsion von Hammelblutkörp.	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
					Physiol. Kochsalzlösung	0,9	0,8	0,6	0,4	0,2	0	1,0	0,5
					Serum	0,1	0,2	0,4	0,6	0,8	1,0	0	0
1	L. R.	44	2	+		2	3	4	4	4	3	0	0
16	A. L.	27	—	+		2	2	3	3	3	3	0	0
3	L. P.	63	3	+		1	1	2	2	3	3	0	0
10	L. K.	49	10	+		2	2	2	3	3	3	0	0
2	J. E.	25	20	+		1	2	2	3	3	3	0	0
						8	10	13	15	16	15		
					Mittlerer Wert	1,6	2,0	2,6	3,0	3,2	3	= 15,4	
6	L. K.	32	7	+		1	2	3	4	4	4	0	0
9	P. T.	21	5	+		2	2	3	4	3	3	0	0
13	J. K.	28	5	+		3	3	4	4	4	3	0	0
15	A. L.	49	5	+		2	3	3	4	4	4	0	0
11	A. K.	23	5	+		2	3	4	4	4	4	0	0
						10	13	17	20	19	18		
					Mittlerer Wert	2,0	2,6	3,4	4,0	3,6	3,6	= 19,4	
17	J. N.	27	1	+		—	—	—	—	—	—	—	—
4	W. T.	23	6	+		—	—	—	—	—	—	—	—
5	J. T.	20	8	+		—	—	—	—	—	—	—	—
18	H. P.	20	8	+		—	—	—	—	—	—	—	—
					Mittlerer Wert								

gemacht, am meisten aber wurde von einer solchen Nr. 6 mitgenommen, so daß sie mehrere Wochen bettlägerig sein mußte.

Vergleichen wir die Summe der mittleren Werte vom Dezember mit denen vom Februar, so finden wir bei der ersten Gruppe 15,4 : 21,6 und bei der zweiten 19,4 : 12,8. Ersichtlich ist, daß die Komplementmenge im Blute der Leprösen in der behandlungsfreien Zeit zunimmt, wenn nicht interkurrente Erkrankungen in dieser Zeit das Komplement verbrauchen.

Im Februar wurden als dritte Gruppe noch weitere vier Lepröse auf den Komplementgehalt ihres Blutes untersucht. Die Pat. Nr. 4 u. 5 hatten vor 8 Wochen ihre Kohlensäureschnee- und Nastin-B_2-Kuren beendet; Nr. 17 u. 18 aber waren überhaupt noch nie behandelt worden. Alle vier wiesen als jugendliche Individuen einen hohen Komplementgehalt auf und gaben schon mit 0,2—0,4 Serum vollständige Hämolyse.

Parallelversuche mit inaktiviertem Patientenserum gaben allemal komplette Hemmung; desgleichen auch die mit Ambozeptor angestellten Kontrollversuche. Eine Abhängigkeit des Komplementgehaltes vom Alter, der Dauer des Bestehens oder dem Entwicklungsgrade der Krankheit ließ sich nicht feststellen.

Digitized by Google

13. II. 1925								3. III. 1925 48 Stunden nach CO_2-Schnee-Anwendung							
0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,0	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,0
0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
0,9	0,8	0,6	0,4	0,2	0	1,0	0,5	0,9	0,8	0,6	0,4	0,2	0	1,0	0,5
0,1	0,2	0,4	0,6	0,8	1,0	0	0	0,1	0,2	0,4	0,6	0,8	1,0	0	0
3	3	4	4	4	4	0	0	1	2	3	3	3	2	0	0
3	4	4	4	4	4	0	0	1	1	2	1	1	1	0	0
4	4	4	4	3	3	0	0	1	2	2	1	1	1	0	0
3	4	4	3	2	2	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0
2	3	3	3	4	4	0	0	1	2	2	3	3	2	0	0
15	18	19	18	19	19			5	8	10	9	8	6		
3,0	3,6	3,8	3,6	3,8	3,8	= 21,6		1,0	1,6	2,0	1,8	1,6	1,2	= 9,2	
0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	2	3	2	2	0	0	1	1	2	2	2	2	0	0
2	3	4	4	3	2	0	0	1	1	2	1	0	0	0	0
1	1	2	2	2	1	0	0	1	1	2	2	1	1	0	0
3	3	4	4	4	4	0	0	2	3	4	3	3	2	0	0
7	8	13	14	12	10			5	6	10	8	6	5		
1,4	1,6	2,75	2,8	2,4	2,0	= 12,8		1,0	1,2	2,0	1,6	1,2	1,0	= 8,2	
3	4	4	4	4	4	0	0	3	4	4	4	4	4	0	0
3	4	4	4	4	4	0	0	3	4	4	4	4	4	0	0
3	3	4	4	4	3	0	0	3	3	4	4	4	4	0	0
3	3	4	4	4	4	0	0	2	3	4	4	4	3	0	0
12	14	16	16	16	15			11	13	16	16	16	15		
3,0	3,5	4,0	4,0	4,0	3,75	= 20,25		2,75	3,25	4,0	4,0	4,0	3,75	= 19,75	

Ist der Komplementgehalt des Normalmenschenserums, gemäß den Angaben ELIASBERGS, zehnmal geringer als der des Meerschweinchenserums, und brauchten wir bei unserem hämolytischen System zur Erlangung vollständiger Hämolyse stets 0,05 ccm Meerschweinchenserum als Komplement, so mußten wir, um Gleiches zu bekommen, vom Normalmenschenserum 0,5 ccm nehmen. Diesen letzteren als Vergleichswert für die bei den Versuchen verbrauchten Serummengen Lepröser nehmend, sahen wir, daß die Leprösen der zweiten Gruppe im Dezember 0,6 ccm und die der ersten Gruppen im Februar 0,4 ccm — also fast den gleichen Komplementgehalt wie das Normalmenschenserum —, die Leprösen der dritten Gruppe im Februar aber sogar bedeutend mehr als das Normalmenschenserum aufweisen, indem zwei von ihnen schon beim Zusatz von 0,2 ccm und die beiden anderen bei 0,4 ihres Serums vollständige Hämolyse gaben.

Damit sind die eingangs wiedergegebenen Behauptungen ELIASBERGS als nicht zu Recht bestehend widerlegt. Denn unsere Versuche haben bewiesen, daß Lepröse nicht nur freies Komplement im Blute haben, sondern daß die Komplementmenge sogar noch größer als die des Normalmenschenserums sein kann.

Digitized by Google

Es war weiter von Interesse, ob die Kohlensäureschneebehandlung bei Leprösen mit einem Komplementverbrauch verbunden ist. Deshalb nahm ich im März 1925 48 Stunden nach der ersten Kohlensäureschneeanwendung wieder bei allen 14 Leprösen die Komplementbestimmung vor. Die erste und zweite Gruppe hatten schon wiederholt solche Kuren im Laufe von $1^1/_2$ Jahren durchgemacht, von der dritten Gruppe Nr. 4 und 5 aber solche in Kombination mit Nastin B_2, und Nr. 17 und 18 bekamen überhaupt zum erstenmal Kohlensäureschnee angewandt.

Vergleichen wir die mittleren Werte oder ihre Summen vom Februar mit denen vom März, so finden wir bei den ersten beiden Gruppen den durch die Kohlensäureschneeanwendung bedingten Komplementverbrauch geradezu in die Augen springend; 21,6 : 9,2 und 12,8 : 8,2. Bei der dritten Gruppe aber finden sich nur geringe Unterschiedswerte. Die Erscheinung der dritten Gruppe findet ihre Erklärung darin, daß bei diesen Pat. von vornherein hohe Komplementwerte festgestellt wurden, so daß der Verbrauch nicht so merklich zum Ausdruck zu kommen braucht.

Diese Tatsache des Komplementverbrauches als Folge der Behandlung von Leprösen mittels Kohlensäureschnee, und die Tatsache, daß infolge dieser Behandlung auch gleichzeitig auf entfernten Körperstellen Leprome, welche nicht der Kohlensäureschneewirkung unterzogen worden waren, verschwinden und resorbiert werden, sind ein Beweis für die Richtigkeit der von mir von Anfang an ausgesprochenen Annahme, daß es sich hierbei um Freiwerden von Antigenen handelt und die Kohlensäureschneebehandlung der Lepra ein aktives Immunisieren ist.

Über die Entwicklung der Goldbehandlung bei menschlicher Tuberkulose.

Bemerkungen zu der Arbeit von F. Heise, d. Z. Nr. 26.

Von

Prof. Dr. Carl Bruck in Altona.

Heise beginnt seinen Beitrag zur Krysolganbehandlung des Lup. eryth. mit den Worten: „Die Idee, Tuberkulose mit Gold zu behandeln, ist alt und läßt sich auf Robert Koch zurückführen. 1913 erschien als erste Veröffentlichung über die Resultate der Goldbehandlung eine Arbeit von Feldt.“

Diese Darstellung ist irrtümlich und bedarf der Richtigstellung. Robert Koch hat lediglich auf die hohe bakterizide Kraft von Goldsalzen auf den Tuberkulosebazillus, insbesondere auf die des Aur. kal. cyanat., hingewiesen und einige nicht publizierte Meerschweinchenversuche gemacht, die jedoch negativ verliefen. Die ersten, die, fußend auf diesen Kochschen Erfahrungen, die Behandlung von menschlicher Tuberkulose, und zwar speziell von Lup. vulg., durch Goldinjektionen erprobten und empfahlen, waren C. Bruck und A. Glück (M. m. W., 1913, Nr. 2). Diese Arbeit begründete die Goldbehandlung bei menschlicher Tuberkulose und erfuhr schon im ersten Jahre ihres Erscheinens eine rege Nachprüfung (Beitzmann, M. m. W., 1913, Nr. 15, Junker, M. m. W., 1913, Nr. 25, Rusts, D. m. W., 1913, Nr. 36, v. Poor, D. m. W. 1913, Nr. 47 und später viele andere). Die Arbeit von Feldt, die erst 3 Monate nach der Veröffentlichung von Bruck und Glück erschien (D. m. W., 1913, Nr. 12),

Digitized by Google

nimmt auf die Resultate von Bruck und Glück Bezug und berichtet über bakteriologische und Tierversuche, die Feldt seit längerem, ebenfalls fußend auf den Kochschen Feststellungen, mit Goldkantharidinverbindungen gemacht hat. Über therapeutische Versuche mit diesen oder anderen Verbindungen beim tuberkulösen Menschen wird in der Arbeit Feldts überhaupt nichts berichtet. — Erst wiederum ein Jahr später (D. m. W., 1914, Nr. 12) erschien die Mitteilung von Spiess und Feldt über klinische Erfahrungen mit der Goldbehandlung bei Kehlkopftuberkulose.

Zur Etymologie der Alopezie.

Von

Dr. Erich Ebstein in Leipzig.

Die Etymologie der Krankheitsnamen liegt noch sehr im argen. Ich habe selbst einige kleine Beiträge geliefert. Der eine bezieht sich auf Ileus und Miserere[1]), der andere auf Nyktalopie und Hemeralopie[2]). Kindborg hatte die beiden letzten Namen mit ἀλώπηξ = Fuchs in Verbindung bringen zu müssen geglaubt.

Heute haben wir es wieder mit dem Fuchs zu tun, und zwar mit der Etymologie der Alopezie. W. Guttmann macht in seiner „Medizinischen Terminologie" den Zusatz: „da beim Fuchs häufig?" Er sträubt sich also gegen diese Erklärung.

Dem jüngst verstorbenen Julius Hirschberg, dem wir das unübertroffene „Wörterbuch der Augenheilkunde", Leipzig 1887 (Veit & Co.), verdanken sowie die „Entwicklungsgeschichte der augenärztlichen Kunstausdrücke" (Springer, Berlin 1917), übersetzt in dem ersteren Alopezia — für den Augenarzt — mit Ausfallen der Wimpern. Weiter führt Hirschberg an, daß ἀλωπεκία heißt: 1. Fuchsbau, 2. Fuchsräude oder Kahlheit (auch ἀλωπηκίασις).

Die Namengebung für Alopezie geht auf eine meist genannte Stelle bei Galen (Bd. 12, S. 382, Kühn) zurück: „αἱ δ'ἀλωπηκίαι διὰ τοῦτο, ὡς φασιν, οὕτως ὠνομάσθησαν, ὅτι συνεχῶς γίγνονται ταῖς ἀλώπηξιν". Danach sollen also Haarausfälle beim Fuchs häufig sein.

Diese Erklärung hat, wie wir sahen, aber weder W. Guttmann befriedigt noch Jwan Bloch. In einem mir vorliegenden Briefe Blochs an W. H. Roscher (vom 16. März 1899) heißt es: „Sie erwähnen im Lexikon S. 468 eine Gottheit ‚Elephantis'. Galen (Bd. 12, S. 416 Kühn) sagt, daß nach Soran eine gewisse Elephantis über Heilmittel gegen Alopezie schrieb. Alopezie wird ja auch als Symptom des Aussatzes bei den Alten betrachtet."

Gewöhnlich leitet man ἀλωπεκία von ἀλώπηξ als „Fuchskrankheit", „Fuchsräude" ab. Ich halte folgende Erklärung für richtiger. Im „Etymol. magnum" heißt es, s. v. ἀλωπεκία, daß die Orte, wo der Fuchs seinen Urin läßt, absterben, das Gras z. B. verdorre. D. h. wo der Fuchs hinkommt, wird es kahl. Bei Vaničeк (Gr. lat. etym. Wörterbuch Bd. 2, S. 937) findet sich „lomăçă", Fuchs, welches der Etymologie nach „Haarfresser"

---

[1]) Erich Ebstein, Medizinische Woche, 1906, Nr. 43. — [2]) Erich Ebstein, Mitteilungen zur Geschichte der Medizin, 1912, Bd. 11, S. 443—445.

Digitized by Google

bedeuten könnte. Nach GUBERNATIS (Die Tiere in der indogermanischen Mythologie) ist „lopākā" der „Verwüster, Zerstörer".

„Diese vagen Vermutungen", fährt JWAN BLOCH fort, „empfangen sichere Bestätigung durch eine höchst wertvolle sprichwörtliche Stelle bei HERONDAS (VII, 72, ed. CRUSIUS, p. 51), wo der Schuster Kerdon auf seinen kahlen Schädel zeigt mit den Worten: ‚ἐφ' ἧς ἀλώπηξ νοσσίην πεποίηται'.

Ich habe mir erlaubt, Ihnen dies mitzuteilen, weil ich die Erklärung in Ihren Abhandlungen noch nicht gefunden habe."

Aus der 2. Chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Neukölln (Ärztl. Direktor: Dr. DENCKS).

Zur Behandlungsfrage der Vulvovaginitis gonorrhoica infantum.

Die Verwendung des p-Oxyphenyläthylamins in der Gonorrhoetherapie.

Von

Dr. HERMANN LEWINSKY, Assistent der Dermatologischen Station.

Die Mitteilungen in der Fachpresse über die Behandlung der Vulvovaginitis gonorrhoica infantum sowie über die Erfolge der einzelnen Behandlungsarten widersprechen sich oft und zeigen das bunte Bild der heutigen Gonorrhoetherapie überhaupt. Fast jedes neue Therapeutikum wird versucht und wieder beiseite gelegt, und die alten bewährten Mittel werden schließlich wieder zur Hand genommen. Auch auf unserer Abteilung haben wir im Laufe der letzten Jahre eine große Reihe neuer Mittel bei der V. g. i. angewendet. Von lokalen Mitteln nenne ich: Azykal, Yatren, Ormizet, Reargon und einige neue farblose Silbersalze, über die noch kein abschließendes Urteil gefällt werden konnte, neben den altbekannten Lösungen, Emulsionen, Puder, Salben und Stäbchen; daneben verwendeten wir Vakzine und die üblichen Proteinkörper. Daß irgend ein neues Mittel, beispielsweise Azykal oder Reargon, Vorzüge vor den anderen älteren Mitteln hätte und imstande gewesen wäre, die Behandlungszeit abzukürzen, konnte ich nicht konstatieren. Als angenehm wurde beim Azykal die Farblosigkeit empfunden, während mich seine chemische Zusammensetzung davon abhielt, Dauerbehandlung in Stäbchen oder Emulsion damit zu versuchen, zumal es auch hätte rektal angewendet werden müssen, da eine Versetzung der Azykallösung in vitro mit Schwefelwasserstoff deutlich Blausäuregeruch zeigte. Ein großer Nachteil des Reargons ist die tiefbraune Farbe der Lösung, die trotz größter Vorsicht meist eine Verunreinigung der Wäsche nicht vermeiden läßt.

Grundsätzlich stehen wir, wie die größte Zahl der Kliniker, auf dem Standpunkt, daß die Gonorrhoe der kleinen Mädchen auch lokal behandelt werden muß. Wenn auch MÜLLER (22) über sehr günstige Resultate berichtet, die er mit reiner Vakzinebehandlung erzielte, ohne lokale Anwendung gonozider Mittel, so haben uns doch unsere Fälle, die wir „kombiniert", sowohl lokal als auch mit frischen Vakzinen, behandelten, gezeigt, wie langsam oft trotz sorgfältigster Behandlung der Heilungsprozeß fortschreitet und wie häufig wir im Sekret der Vagina, das wochenlang auch nach 2- oder 3maliger Provokation gonokokkenfrei befunden wird, plötzlich massenhaft Gonokokken wieder antreffen. Wie können wir uns diese Befunde erklären, warum finden wir so häufig in der Literatur sich widersprechende Mitteilungen über Krankheitsdauer und Ausheilung, kann die V. g. i. überhaupt spontan heilen, und wie steht es um die Ausheilung bei den behandelten Fällen?

Digitized by Google

Wir müssen uns von vornherein darüber klar sein, daß die V.g.i. kein einheitliches Krankheitsbild darstellt, und so richtet sich die Prognose 1. nach der Lokalisation des Prozesses, 2. nach der Chronizität des Falles und 3. nach besonderen bakteriologisch-immunisatorischen und pharmakologischen Verhältnissen. Hier spielt neben Konstitution und Virus auch die bisherige Therapie sicherlich keine unbedeutende Rolle. MÜLLER (l. c.) gibt an, daß bei seiner reinen Vakzinebehandlung die älteren Fälle schneller ausheilten als die frischen.

Von den Patientinnen unserer Abteilung gaben wir der Mehrzahl frische, vorher geprüfte Vakzine, meist zuerst Arthigon (beginnend mit 0,1, jeden 2. Tag um 0,1—0,3 steigend bis 1,5 und 2,0 ccm), später Gonoyatren (wir verwendeten Stärke B 4, beginnend mit 0,3, steigend bis 3 ccm). Bei intravenöser Applikation zeigte sich fast regelmäßig nach den ersten Injektionen Temperatursteigerung um 1—2° mit den üblichen Allgemeinerscheinungen sowie deutliche Herdreaktion in Form von verstärktem Fluor mit deutlicher Vermehrung der polynukleären Leukozyten und vermehrtem, meist wieder intrazellulärem Auftreten der Gonokokken, Befunden, wie wir sie bei MÜLLER (l. c.), SIMON (32) u. a. finden. Die Nebenerscheinungen (Schüttelfrost, Kopfschmerzen, Gliederschmerzen, Brechreiz usf.) waren bei Anwendung des Gonoyatrens stärker als beim Arthigon, das Fieber meist höher; die intramuskuläre Anwendung der Vakzine — injiziert wurden gegenüber den intravenösen Dosen als erste Spritzen doppelte Stärken — zeigte viel geringere Reaktion und veranlaßte uns, wenn irgend möglich, intravenös zu injizieren. Ausgesprochene Heilwirkung, wie wir sie von der männlichen Gonorrhoe her kennen, sahen wir niemals. Interessant und sicherlich wichtig für die Beurteilung der Ausheilung der Fälle waren folgende Beobachtungen:

1. Vereinzelt sahen wir auch bei Nichtgonorrhoekranken, denen wir Gonovakzine injizierten, danach eine unspezifische Reizwirkung (Fieber, Kephalgien) auftreten.

2. Bei den mit Gonovakzinen behandelten Kranken traten regelmäßig nach den ersten intravenösen Injektionen die üblichen Allgemein- und Herdreaktionen auf, hatten wir aber eine bestimmte Dosis überschritten, die in den einzelnen Fällen wechselte, so zeigte sich keinerlei Wirkung mehr, auch dann nicht, wenn wir andere ebenfalls vorher geprüfte Flaschen zur Injektion benutzten. Wechselten wir aber das Präparat und gaben an Stelle des Arthigons Gonoyatren, so sahen wir in der Regel nach den ersten Injektionen wieder deutliche Reaktion, die von bestimmten Dosen ab wieder ausblieb. Die mikroskopischen Präparate zeigten dabei denselben positiven Befund. Gaben wir aber erneut die gleichen Mengen desselben Präparates, so sahen wir oft, daß die Injektionen, die vorher eine starke Reaktion im Gefolge hatten, nun wirkungslos blieben.

Aus diesen Beobachtungen ergibt sich:

1. Daß die Wirkung der Vakzine zum Teil einfache Proteinkörperwirkung darstellt, eine Wirkungsweise, die GAUSS (11) zur Erklärung der Beeinflußbarkeit der weiblichen Urethralgonorrhoe auch in Betracht zieht.

2. Daß es, wenn wir die Vakzine vorher prüfen, gleichgültig ist, welches Präparat man verwendet, und daß die Wirkung der Vakzine bei einer bestimmten Menge, die bei den einzelnen Individuen verschieden gefunden wird, jedoch in jedem einzelnen Falle auch noch wechseln kann, nachläßt (cf. ARNDT-SCHULZsches Gesetz!). Außerdem sind die Immunitätsverhältnisse bei der Gonorrhoe, vielleicht auch noch besonders im Kindesalter, offenbar sehr komplizierte (REITER, MÜLLER [l. c.] u. a.) und die Angriffspunkte für die Vakzine im Körper scheinbar nicht nur an den entzündlichen Prozeß gebunden, so daß wir nach BÜRGI auch mit einer Potenzierung der Reize rechnen müssen, eine zweite Erklärung für das Ausbleiben der Reaktion nach der Verabfolgung derselben Dosis bei derselben Person; denn wir hätten dann zu folgern, daß durch die rasche Folge der Injektionen die Grenze bereits erreicht wurde, an der nach dem ARNDT-SCHULZschen Gesetz die Zelltätigkeit nicht mehr gefördert, sondern bereits gehemmt wird, wie man es bei den hohen Dosen sieht.

Für die Praxis ergeben sich aus dem Obigen wichtige Momente.

Zunächst für die Therapie als solche! Ehe die Immunitätsverhältnisse im Organismus bei der Gonorrhoe und die Wirkung der Vakzine nicht restlos geklärt sind, sind wir nicht berechtigt, bei einer so ernsten Erkrankung, wie sie die V.g.i.

Digitized by Google

darstellt, nur einseitig vorzugehen und uns auf die reine Vakzinetherapie zu verlassen, selbst auch dann nicht, wenn wir von günstigen Erfolgen dieseer Behandlung hören; denn man muß hierbei bedenken, daß wir nicht in der Lage sind, bei einer Reihe von Fällen festzustellen, ob sie nach der Vakzinebehandlung wirklich geheilt sind. Es muß wohl vielmehr angenommen werden, daß nach stattgehabter chronisch durchgeführter Vakzinierung des Körpers späterhin sowohl der Reiz der Vakzine als auch der Proteinkörper nicht mehr als Provokation wirksam sein kann. Diese Fälle sind vielleicht nach Anwendung anderer Provokationsmethoden (heißer Bäder, Lichtbrücke, Heizsonde, chemischer Mittel usw.) zu bewerten, möglicherweise müssen sich die Beobachtungen dieser Fälle bis auf die Pubertät resp. Nachpubertät erstrecken. Auf unserer Station haben wir, um eine Potenzierung der Vakzinewirkung möglichst zu verhindern, die Behandlung in der Art durchgeführt, daß wir 5—8 Injektionen als „Kur" geben und zwischen den einzelnen „Kuren" mindestens 4 Wochen verstreichen lassen, in denen nur lokal behandelt wird; denn nach unseren Beobachtungen glauben wir, nach dieser Zeit wieder mit einer Wirkung der Vakzine rechnen zu können.

Die Beurteilung der Proteinkörper- und Vakzinebehandlung als Heilfaktor bei der Gonorrhoe der Frauen und Kinder ist keine einheitliche. STÜMPKE (34) z. B. glaubt allgemein, daß durch die Proteinkörpertherapie die Heilungsaussichten günstigere geworden sind, im Gegensatz zu MÜLLER (l. c.) berichtet KRUSPE (19) über weniger gute Erfolge nach Gonargin, GAUSS (l. c.) spricht von „Erfolg" bei der komplizierten Gonorrhoe der Frau und von „günstiger Beeinflußbarkeit" der unkomplizierten weiblichen Gonorrhoe. Auch die Urethralgonorrhoe der Frau ist nach GAUSS durch Vakzine „angreifbar", möglicherweise handele es sich hier um „Selbstheilung".

Die Frage, ob wir berechtigt sind, auch bei der Gonorrhoe der kleinen Mädchen von Spontanheilung zu sprechen, müssen wir dahin beantworten, daß diese bei einer Reihe von Fällen wohl denkbar ist, sichere Beobachtungen hierüber finden wir jedoch nirgends.

Wir müssen uns, um die vorstehende Frage beantworten zu können, zunächst über einen anderen wichtigen Punkt Klarheit verschaffen, über die Lokalisation der V. g. im kindlichen Organismus. Von 50 Kindern unserer Abteilung, die wir in den letzten 2 Jahren behandelten, zeigten 49 gleichzeitig positiven Befund im Urethral- und Vaginalsekret, das Rektum war 5-, die Blase 2mal mitbeteiligt. In einem Falle wiesen wir durch Spekulum Gonokokken im Zervikalsekret nach, in einem weiteren handelte es sich um eine reine Urethralgonorrhoe, zwei Fälle zeigten (durch besondere Behandlung — s. später! — bedingte) Adnexbeteiligung, ein anderer eine typische Monarthritis eines Fingergelenkes. Abszesse der BARTHOLINIschen Drüsen wurden bei uns nicht beobachtet, dagegen zeigten häufig Abstriche aus dem Präputialsack gonokokkenhaltigen Eiter.

Die Mitbeteiligung der kindlichen Zervix und der Adnexe sowie des Rektums lassen von vornherein bei der größten Anzahl der Fälle eine Spontanheilung zweifelhaft erscheinen, wissen wir doch von der Prostata und den Samenblasen, daß diese jahrelang virulente Gonokokken beherbergen können. BUSCHKE, GASSMANN und JUNG (zit. bei SCHMIDT [29]) nehmen an, daß die Urethralaffektion viel leichter spontan ausheilt als das Vaginalleiden und halten die Zervizitis bei der V. g. für eine relativ seltene Komplikation. SCHLASSBERG-Stockholm (27) wies bei 20 Fällen eine Zervixgonorrhoe bei kleinen Mädchen nach. Nach ARNDT (zit. bei SCHMIDT l. c.) ist es meistens nicht notwendig, daß die Urethritis direkt behandelt wird. Auch nach BUSCHKE kommt man in den meisten Fällen ohne Lokalbehandlung der Urethra aus.

Was die Mitbeteiligung der Zervix anbetrifft, so haben wir die diesbezüglichen Untersuchungen nur selten, eine direkte Behandlung der Zervix aber nie vorgenommen. Trotzdem gelang es uns in fast allen Fällen, negative Präparate zu erzielen, auch in dem einen Fall, wo wir die Zervixgonorrhoe durch Spekulum festgestellt haben. Andererseits haben wir, abgesehen von den obenerwähnten, später noch zu besprechenden zwei Fällen, bei denen die Adnexbeteiligung durch besondere Maßnahmen hervorgerufen wurde, in keinem Fall eine Komplikation von seiten der kindlichen Adnexe, also kein spontanes Aszendieren der Affektion, gesehen, trotzdem wir auch Vaginalspülungen gaben. Die Befürchtungen von KEHRER (10) konnten wir also nicht bestätigt finden. Zur Beurteilung der Aus-

Digitized by Google

heilung des Krankheitsprozesses halten wir es jedoch andererseits für wertvoll, nach dem Vorschlag von RÜBSAMEN (10) nach Abschluß der Behandlung mittels Vaginoskops oder VALENTINschen Urethroskops Zervixsekret zur Untersuchung auf Gonokokken besonders zu entnehmen. Eine Mitbehandlung des Rektums haben wir in allen Fällen vorgenommen, auch wenn wir dort keine Gonorrhoe feststellen konnten, da wir aus Befunden an nachuntersuchtem Material schließen müssen, daß eine Rektalgonorrhoe oft übersehen wird. Durch diese prophylaktische Behandlung des Rektums glauben wir in einem großen Prozentsatz der Fälle einer Rektalgonorrhoe, die ja für die lokale Behandlung oft äußerst schlecht zugänglich ist, vorgebeugt zu haben. Die Kranken, bei denen Zervix, Adnexe oder Rektum befallen waren, können nach der Pubertät noch krankhafte Veränderungen ihres Organismus (Fluor, Menstruationsanomalien, Uterusverlagerungen, evtl. Sterilität, im anderen Falle Rektalstrikturen) zeigen (SÄNGER [26], ASCH und WOLFF [2] u. a.), während eine Mitbeteiligung der Blase bei den Kindern von untergeordneter Bedeutung zu sein scheint. Wir sahen in allen Fällen von Cystitis gon. inf. schon nach einigen Tagen, wenn wir reichlich Flüssigkeit und Harndesinfizientien gegeben hatten, den Prozeß abheilen, ohne daß wir gezwungen waren, die Blase lokal zu behandeln. Als hartnäckiger erwiesen sich jedoch die Fälle einer Mischinfektion, in denen wir neben Gonokokken Bact. coli im Harnzentrifugat nachweisen konnten. Im Verhältnis zur Häufigkeit der Kolizystitis der erwachsenen Frau sehen wir diese bei den Kindern selten.

Von besonderer Wichtigkeit für die Prognose der V. g. i. erscheint uns die Frage nach dem Alter der Erkrankung. Ich habe Kinder gesehen, die jahrelang draußen ambulant behandelt, schließlich zu uns auf die Abteilung kamen, die kaum Ausfluß, nur spärlich schleimiges Sekret, aber positiven Gonokokkenbefund zeigten, also das typische Bild der chronischen Gonorrhoe, wie wir es vom Manne her kennen. Solche Fälle besserten sich oft auffallend schnell bei strenger Bettruhe und lokaler Behandlung, zeigten jedoch meist nach den provozierenden Gonoyatren- oder Arthigoninjektionen Rezidive, um nach Aussetzen der Provokation wieder latent zu werden. Diese Fälle waren die ungünstigsten in therapeutischer Hinsicht, und ob sie überhaupt restlos ausgeheilt werden können, erscheint mir mehr als zweifelhaft. Bedeutend günstiger erwiesen sich die Fälle von frischer Infektion mit profuseitriger Sekretion und starken lokalen Entzündungserscheinungen an der Vulva, die frisch in die Behandlung kamen. Diese wurden oft sehr schnell negativ und blieben es auch nach der Provokation. Ich möchte deshalb als obersten Grundsatz für die Behandlung der V. g. i. den Satz aufstellen: Jeder Fall von frischer Infektion gehört ins Krankenhaus!

Die chronischen unbehandelten Fälle verhielten sich verschieden und zeigten wechselnden Präparatbefund.

Ich habe im vorstehenden bei den Mitteilungen aus unserer Abteilung absichtlich nie von „Heilung" gesprochen und vermeide dieses Wort auch bei der weiblichen und kindlichen Gonorrhoe. Als Vermerk auf dem Entlassungsschein des Krankenhauses findet sich bei uns immer nur das Wort „gebessert", wie es auch ASCH (1) empfiehlt, eine Maßnahme, die einerseits die Frage offenläßt, ob sich unter den als „gebessert" Entlassenen auch ein großer Prozentsatz Geheilter befindet, andererseits den Eltern eher den Hinweis gibt, daß ihre Kinder noch weiter beobachtet respektive behandelt werden müssen.

Zur Untersuchung der Präparate verwenden wir jetzt fast ausschließlich die Methylenblaufärbung. Von der Färbung nach GRAM sind wir fast ganz abgekommen, da die erstere dem geübten Untersucher vollkommen genügt, die letztere uns oft aber in entscheidenden Fällen auch im Stich läßt. Neuerdings hat LORENTZ (8) von gram-positiven Diplokokken und diesbezüglichen Kulturversuchen bei Fällen von chronischer Gonorrhoe berichtet, Befunden, die von WICHMANN und SCHLUNK (37) bestätigt wurden. Letzterer wies im Selbstversuch die Infektiosität der gram-positiven Diplokokken, die für Mutationsformen der Gonokokken gehalten werden, für die männliche Urethra nach. Nach dem geglückten Impfversuch SCHLUNKs müssen wir auch die Fälle von V. g. i., bei denen sich diese gram-positiven Diplokokken vorfinden, noch als positiv bewerten.

Hierzu zwei Mitteilungen aus unserer Abteilung:

Fall 1 betrifft ein 8jähr. Kind, daß nach Aussagen der Mutter an Ausfluß litt,

Digitized by Google

ohne daß diesem von seiten der Mutter Beachtung geschenkt wurde. Bei der Aufnahme zeigte das Vaginalsekret die typischen LORENTZschen Diplokokken fast in Reinkultur. Im Verlauf der Behandlung und nach Provokation mit Gonoyatren zeigten sich auch gram-negative Diplokokken, die im Methylenblaupräparat nicht von den anderen zu unterscheiden waren.

Fall 2 betrifft eine 10jähr. Patientin, bei der nach erfolgter Entlassung aus dem Krankenhaus die Nachuntersuchung etwa 1/4 Jahr negative Präparate ergeben hatte. Nach Mitteilung der Fürsorgestelle hatten sich plötzlich wieder Gonokokken im Vaginalsekret gezeigt, so daß die Wiederaufnahme hier erfolgte. Die erste Untersuchung zeigte massenhaft gram-positive Diplokokken unter anderer Vaginalflora. Auch in diesem Falle zeigten sich im Verlauf der Behandlung gram-negative Diplokokken.

Kulturversuche konnten aus technischen Gründen in beiden Fällen leider nicht vorgenommen werden. Der Grund, weswegen die Gram-Färbung so oft im Stich läßt, liegt darin, daß wir im allgemeinen bei den chronischen Formen der V. g. i. neben der Mutations- zahlreiche Degenerationsformen vorzufinden pflegen. So begegneten wir auch den von COHN (6) beschriebenen kreis- oder peitschenförmig angeordneten Kokken, die sich bei der Gram-Färbung neutral verhielten. Wir beobachteten auch Formen, bei denen die Kokken, die sich ebenfalls in bezug auf die Gram-Färbung neutral verhielten, nach Art der Streptokokken mehr oder weniger lange Ketten bildeten.

Aus dem Vorstehenden ergeben sich die Richtlinien für eine erfolgreiche Therapie. Die V. g. i. ist keine eigentliche „Vulvovaginitis", sondern, wie auch ASCH (l. c.) betont, eine Urethrovaginitis, die alle Komplikationen der Gonorrhoe der erwachsenen Frau zeigen kann. Daß BARTHOLINische Drüsen, Zervix und Adnexe relativ selten befallen werden, erklärt sich aus der noch fehlenden Geschlechtsfunktion des kindlichen Genitales und aus besonderen günstigen lokalen Immunitätsverhältnissen; denn bei den Kindern ist in bezug auf die Körperoberfläche durch das Ergriffensein des Vaginalschlauches eine bei weitem größere Fläche befallen als bei der erwachsenen Frau. Daß hier besondere lokale Immunitätsverhältnisse vorliegen, die ein Weiterfortschreiten auf die kindlichen Adnexe verhindern, dafür kann ich später die beiden vorn erwähnten Fälle als Beweis anführen, denn hier trat prompt nach künstlicher Hemmung der lokalen Leukozytose ein Aufsteigen der Infektion ein. Andererseits dürfen wir, wie wir sahen, uns in der Mehrzahl der Fälle nicht auf Spontanheilung des Prozesses verlassen, ebensowenig etwa darauf, daß diese mit Eintreten der Pubertät erfolgen müßte. Wir sahen in zwei Fällen ein Fortbestehen des gonorrhoischen Prozesses bei Patientinnen, die bei uns zum ersten Male menstruierten, und zwar erstreckten sich diese unsere Beobachtungen noch auf die nächsten Monate der erfolgten Geschlechtsreife. Während dieser Zeit zeigte sich im Vaginal-, nicht etwa nur im Zervikalsekret, noch positiver Gonokokkenbefund.

Die Therapie als solche umfaßt zunächst allgemeine und diätetische Maßnahmen. Hierzu gehören: Die Durchführung strenger Bettruhe, dauernde Beaufsichtigung der Kinder, die Benutzung geschlossener Beinkleider oder Windeln mit Vorlagen, ferner reizlose Kost, reichliche Flüssigkeitszufuhr (Fol. uvae ursi oder dünner „schwarzer Tee") und warme Sitzbäder (nur als Reinigungsbäder gedacht) mit Kal. permang. Von heißen Sitzbädern sind wir abgekommen, weil der therapeutische Effekt sehr gering, dagegen die Gefahr, daß die Kinder sich erkälten, recht groß ist. Sehr wichtig ist die Belehrung der Eltern, die auf die Gefahren, die ihren Kindern bei Nichtinnehaltung der ärztlichen Vorschriften, besonders bei vorzeitiger Entziehung dieser aus der Krankenhausbehandlung, drohen, hingewiesen werden müssen. Besonders aufmerksam gemacht werden müssen Eltern oder Vormünder darauf, daß wir oder das Jugendamt, falls den ärztlichen Anordnungen nicht Folge geleistet wird, den Antrag auf Sorgerechtentziehung stellen können und müssen. Oft bedarf es auch des Hinweises, daß man ohne Bedenken für die oft monatelang dauernde und notwendige Krankenhausbehandlung das Wohlfahrtsamt in Anspruch nehmen kann. Mit gütlichem Zureden läßt sich hier oft viel erreichen.

Bei fast allen Kindern haben wir aus Gründen der Provokation zur Unterstützung der lokalen Therapie, wie schon oben erwähnt, „Vakzinekuren" angewendet in meist vierwöchigen Intervallen.

Digitized by Google

Da auch die bei uns übliche lokale Therapie, wie ich mich verschiedenen Orts überzeugen konnte, von der meist üblichen abweicht, so möchte ich auch diese kurz mitteilen. Wir müssen die Therapie nach zwei Richtungen hin durchführen, erstens möglichst energisch vorgehen, zweitens den kindlichen Organismus durch die Therapie nicht zu sehr belasten. Dabei gehen wir von dem Grundsatz aus, möglichst Dauerwirkung mit einem Silbersalz zu erzielen, das nachgewiesenermaßen starke gonozide Eigenschaften, starke Tiefenwirkung und ein geringes Eiweiß- und Kochsalzfällungsvermögen besitzt. Am geeignetsten erschien uns das ja schon 1897 von Neisser empfohlene Protargol der Firma Bayer, das nach den Untersuchungen von Utz (35) gegenüber den Ersatzpräparaten den Vorzug besitzt, daß ihm infolge seines feineren Zerteilungsgrades eine intensivere Tiefenwirkung zukommt. Wir verwendeten es in 1—5%iger wäßriger Lösung nach dem Vorschlage von Pinkus (zit. bei Schmidt l. c.) in steigender Konzentration. Auch die 5%ige Lösung wurde in der Regel ohne subjektive Beschwerden vertragen. Daneben gaben wir zwischendurch $^1/_2$—2%ige Arg.-nitric.-Lösung, um eine Gewöhnung an ein und dasselbe Mittel zu verhüten, für dessen Anwendung sich in neuester Zeit Jadassohn (14) wieder ausgesprochen hat, und das nach seiner Ansicht mindestens ebensoviel leistet wie die anderen Silberpräparate. Eine Dauerwirkung glaubten wir am besten durch die Anwendung der Bayerschen Delegonstäbchen zu erreichen, die die Firma in zwei Größen und 10%iger Konzentration (=10% Protargol) in den Handel bringt. Wir gaben morgens und abends je ein Stäbchen Größe 1 in Urethra, Größe 2 in Vagina und Rektum. Zum besseren Einführen wird die Spitze jedes Stäbchens mit etwas Glyzerin angefeuchtet. Dem Gebrauch der Noffkeschen Stäbchen und ähnlicher Präparate haftet der Nachteil an, daß sich die in ihnen enthaltenen öligen Substanzen auf der Schleimhaut niederschlagen und die Wirkung des Silbersalzes erheblich abgeschwächt wird. Demgegenüber zerfallen die im Wasser leicht löslichen Delegonstäbchen auf der Schleimhaut zu einer pastenartigen Masse, die so gut auf die Gonorrhoeherde einwirken kann. Außerdem verwenden wir noch kleine, selbst hergestellte Tampons, die mit Ichthyolvasogen oder Ichthyolglyzerin (5—10%) getränkt werden. Diese lassen wir höchstens 12 Stunden in der Vagina liegen. Die Applikation wäßriger Silberlösungen mittels Tampons wurde von uns fallen gelassen, da diese nicht genügen, um dauernd auf das Wachstum der Gonokokken hemmend einzuwirken, da sie sich durch die Sekrete der entzündeten Schleimhaut rasch vollsaugen und die Silberlösung auf diese Weise rasch verdünnt wird, so daß wir so mit keinem therapeutischen Effekt mehr rechnen können. Zu einer häufigeren Behandlung am Tage (Patzschke [25] behandelt 4mal am Tage!) haben wir uns nicht entschließen können, weil wir auf dem Standpunkt stehen, daß zu häufige Manipulationen am kindlichen Genitale zu vermeiden sind.

Bei ganz frischen Fällen mit akuten Entzündungserscheinungen der Vulva warten wir etwa 10—14 Tage, ehe wir mit der Stäbchenbehandlung beginnen. Wir geben hier nur die üblichen Reinigungsbäder, behandeln die Entzündungserscheinungen der Vulva mit Zinkpuder, 3%igem Cholevalbolus, Schwarzsalbe oder feuchten Verbänden mit Kal. permang. oder 3%igem Borwasser. Zum Säubern verwenden wir Olivenöl. Dabei erhalten aber die Kinder als Prophylaxe 2mal täglich Delegonstäbchen ins Rektum. Nach einigen Tagen beginnen wir mit Vaginalspülungen (mit Kal. permang. oder Arg.-nitric.-Lösung 1 : 4000) und Injektionen in die Urethra (evtl. auch in die Vagina) von Protargollösung in steigender Konzentration. Zur Spülung verwenden wir „Glasansätze mit Rücklauf", die aber nicht zu große Öffnungen haben dürfen, der Irrigator, den wir zu den Spülungen verwenden, wird etwa in Kopfhöhe aufgehängt. Spülungen mit großem Druck sind zu vermeiden. Vor dieser Behandlung sind die Kinder angehalten, Urin zu lassen, und erhalten ein warmes Sitzbad von einer Viertelstunde Dauer. Als sehr praktisch zur Behandlung der Urethra haben sich bei uns die „Uterus-Rekordspritzen" mit langem, vorn gebogenem, auswechselbarem und so leicht zu sterilisierendem Ansatz bewährt; sie fassen 2 und 5 ccm. Wir verwenden diese auch zur Behandlung von Vagina und Rektum. Daneben finden auch die Ganzglasspritzen mit auswechselbarem Glasstopfen, wie sie zur Behandlung der männlichen Gonorrhoe üblich sind, Verwendung. Stets mitbehandelt wird neben dem Rektum der Präputialsack. Eine isolierte Behandlung der Zervix halten wir für gefährlich, wir haben diese daher nie ausgeführt.

Bei den älteren Gonorrhoefällen vollzieht sich die Behandlung in der Art,

Digitized by Google

daß die Kinder, die vorher Urin gelassen haben, nach Sitzbad und Spülung einige Kubikzentimeter einer 1%igen resp. 5%igen Protargollösung in Urethra und Vagina eingespritzt erhalten. Durch Zuhalten der Labien und des Hymens verbleibt die Lösung einige Minuten an Ort und Stelle, sodann wird das Präputium gründlich mittels eines Wattestäbchens mit 5%iger Protargollösung ausgewischt. Hierauf führen wir je ein Stäbchen in Urethra, Vagina und Rektum ein, pudern die äußeren Genitalien gründlich mit Cholevalbolus, bedecken sie mit einer Vorlage, legen den Kindern die Windeln an und ziehen das geschlossene Beinkleid darüber.

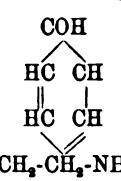
So behandeln wir die Kinder an den ersten 6 Tagen der Woche, am Sonnabend setzen wir die Stäbchenbehandlung aus und geben dafür Ichthyoltampons. Das Aussetzen der Stäbchenbehandlung am Sonnabend hat den Vorteil, daß die am Sonntag angefertigten Präparate frei von Stäbchenniederschlägen sind, die die mikroskopische Untersuchung oft erheblich stören.

Auf diese Weise haben wir in den letzten zweieinhalb Jahren eine große Reihe von Kindern behandelt und recht gute Resultate erzielt, vor allem, was ich nochmals betonen möchte, nie ein Aszendieren des Prozesses beobachtet. In einem Fall, in dem es sich um eine reine Urethralgonorrhoe handelte, glückte es uns, ein Weiterausbreiten der Gonorrhoe zu verhindern und schon nach 8 Tagen dauernd negative Präparate zu erzielen. Sonst gelang uns im großen und ganzen gegenüber den Angaben der Literatur keine wesentliche Abkürzung der Behandlungszeit.

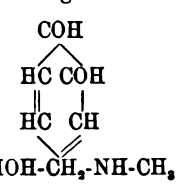
Eine Entlassung der Kinder aus der stationären Behandlung erfolgte in der Regel, wenn fünf Präparate, die in Zwischenräumen von 8 Tagen entnommen sowie zwei weitere Präparate, die in 2tägigen Intervallen nach Provokation mit Arthigon (0,2 und 0,3 i. v. oder Gonoyatren 0,6 und 1,2) angefertigt wurden, negativ waren.

Die BAYERschen Delegonstäbchen eignen sich wie für die weibliche Gonorrhoe (ZILL [38], CASSEL und LILIENTHAL [5]) so auch zur ambulanten Behandlung und prophylaktischen Nachbehandlung der V.g.i.; auch können sie von der Mutter draußen, der man die Anwendungsweise gezeigt hat, selbst eingeführt waren. Von BRUCK (3) wird gleichfalls die Stäbchenbehandlung für prophylaktische und ambulante Behandlung empfohlen.

Seit mehr als einem Jahre habe ich auf unserer Station Versuche unternommen, auf zwei Faktoren, die sich uns als besonders lästig bei der Behandlung erwiesen, durch ein eigenes Verfahren einzuwirken: 1. auf die starke Eitersekretion im akuten Stadium der Erkrankung und 2. auf die ab und an während der Behandlung auftretenden Reizerscheinungen von seiten der Medikamente, die uns manchmal zwangen, die Behandlung ein oder zwei Tage auszusetzen. Ich benutzte hierbei das p-Oxyphenyläthylamin (p-Oxy.), das Tyramin, einen dem Adrenalin sehr ähnlichen Körper, wie der Vergleich beider Formeln zeigt:



p-Oxyphenyläthylamin



Adrenalin

In bezug auf seine physiologische Wirkung ist es dem Adrenalin sehr ähnlich, diese beträgt jedoch nur etwa $^1/_{20}$ der des Adrenalins, hält aber bedeutend länger an. Wir verwendeten das leicht wasserlösliche Chlorhydrat des p-Oxy., ein weißes Salz, daß wir sowohl als 0,1%ige wäßrige Lösung als auch in Konzentration von 1% als Stäbchen, die uns die Firma Bayer in Form und Zusammensetzung der Delegonsstäbchen (ohne Protargol) herstellte, anwendeten. Die Lösung erwies sich als gut haltbar und zeigte in vitro weder Fällung mit menschlichem Eiweiß noch mit Kochsalz. Die ersten pharmakologischen Versuche wurden von DIXON und DALE (9) mit der aus faulem Fleisch isolierten Base angestellt. Aus ihren Versuchen möchte ich nur die Beobachtungen mitteilen, daß es,

Digitized by Google

intravenös injiziert, plötzlich Blutdrucksteigerung, aber in weniger steiler Kurve als das Adrenalin, hervorruft, am isolierten Herzen deutliche Vermehrung und Vergrößerung der Amplitude; an Milz, Darm, Uterus konnten deutliche, lange dauernde Kontraktionen nachgewiesen werden, ferner Tränenfluß, Absonderung von Speichel usf. Es handelt sich also wie beim Adrenalin um elektive Sympatikuswirkung. Nach Mitteilung der Farbenfabriken Bayer ließen sich jedoch bei lokaler Abwendung einer 5%igen Lösung an Bartlappen und Kamm eines Hahnes keine lokalen Veränderungen nachweisen.

Unsere Versuche lehnen sich an die von Patzschke (l. c.) an, der sich bei seinen Versuchen des Suprarenin. hydrochlor. bediente. P. stellte an der Froschschwimmhaut fest, daß das Suprarenin auf die Gefäße der entzündeten Haut beim Frosch bereits in Verdünnung von 1:500000 Gefäßkontraktion bedingt, während die normale Schwimmhaut erst bei Verdünnung von 1:5000 und Suprarenin — zusammen mit Albarginlösung — diese Erscheinung bei einer Verdünnung von 1:100000 zeigte. Er verwertete diese Befunde praktisch zur Behandlung der kindlichen Gonorrhoe. Es war ihm unter Adrenalinzusatz möglich geworden, 2%ige Albarginlösung ohne Reizerscheinungen zu verwenden, und es gelang ihm so, die Behandlungszeit wesentlich abzukürzen, Bestrebungen, wie wir sie heute wieder sehen, wenn wir die Berichte über die Anwendung des Reargons und Targesins lesen. Beim ersteren (17) sollen die Pflanzenglykoside, beim letzteren (31) die Tanninkomponente analgetische und antiphlogistische Wirkung entfalten. Neuerdings hat Krösl (18) Novokain-Adrenalinzusatz (1 Tablette zu einer Lösung von Zinc. sulfur., Alum. crud. āā 0,6/300,0) als „reizlose Gonorrhoebehandlung" empfohlen.

Wir benutzten zu unseren Versuchen ausschließlich das synthetische p-Oxy., das in seiner Zusammensetzung beständig und haltbar ist, ein großer Vorzug des p-Oxy. gegenüber dem leicht zersetzlichen Adrenalin.

Die Wirkung des p-Oxy. wurde von mir nach 3 Richtungen hin untersucht:

1. auf sekretions- und entzündungshemmende Wirkung bei lokaler Applikation auf der entzündeten Schleimhaut der Urethra und Vagina bei der V. g. i.,

2. auf gonozide Eigenschaften,

3. auf anästhesierende Eigenschaften (in Verbindung mit hochprozentigen Protargolstäbchen auf die entzündeten Schleimhäute gebracht) derart, daß Ätzwirkung verhütet wird.

Die Wirkung der Lösung (0,1%) und der Stäbchen (1%) war fast die gleiche, sie war aber bei den letzteren intensiver und hielt länger an. Schädliche Einflüsse für den Gesamtorganismus durch Resorption des p-Oxy. von der entzündeten Schleimhaut aus, habe ich niemals gesehen, wobei wir besonders auf Puls, Blutdruck, Pupillen und allgemeines Wohlbefinden der Kinder achteten. Ebensowenig zeigten sich Harnbeschwerden in Form einer Ischuria paradoxa, wie sie denkbar wäre, wenn das p-Oxy. anästhesierende Wirkung auf der Blasenwand entfalten würde, da wir doch annehmen müssen, daß ein Teil bei der Injektion durch die Urethra in die Blase gelangt.

Mit dem p-Oxy. wurden zunächst 5 Kinder behandelt, 2 mit akutem Infekt, 3 mit chronischer Gonorrhoe. Die Versuche wurden derart angestellt, daß die Kinder zunächst nur zweimal täglich Injektionen von der 0,1%igen Lösung erhielten, die durch Zusammendrücken der Labien und Gegendrücken des Spritzenkopfes 5 Minuten in Urethra und Vagina belassen wurde; die Vagina erhielt sodann noch einen mit der Lösung getränkten Tampon und Tamponade. Nachdem ich mich so von der Wirkung der Lösung überzeugt hatte, ging ich dazu über, dieselben Kinder, die nach Aussetzen der Behandlung wieder den ursprünglichen Befund gezeigt hatten, mit den 1%igen Stäbchen zu behandeln.

Die beiden akuten Fälle, die starke Reizerscheinungen der Vulva, heftig schmerzende und teilweise nässende Erosionen aufwiesen, zeigten schon nach einigen Tagen deutlich Rückgang der entzündlichen Erscheinungen, die eitrige Sekretion aus Urethra und Vagina ließ nach und nahm schleimigen Charakter an, das lästige Brennen hörte schon nach 2 Tagen auf, die Erosionen der Vulva heilten ab. Einige Stunden nach Applikation der Mittel, besonders der Stäbchen, glaubte ich deutlich ein, wenn auch nur vorübergehendes, so doch deutliches Ablassen der hochroten, entzündeten Schleimhäute bemerkt zu haben.

Digitized by Google

Die mikroskopischen Präparate zeigten schon wenige Tage später, im Gegensatz zu Kontrollpräparaten anderer, mit Silbersalzen behandelter Kinder, ein ganz typisches Bild: zahlreiche, gut erhaltene Epithelzellen, darunter auch Zellverbände und einzelne Schleimfäden; polynukleäre Leukozyten fehlten fast gänzlich, dabei fanden sich massenhaft, oft zu großen Rasen angeordnet, gut gefärbte Gonokokken, die auf, aber auch ebenso häufig zwischen den Epithelien lagen oder die Peripherie der Epithelzellen einnahmen. Die Befunde in Vagina und Urethra waren meist dieselben, während wir doch sonst gewohnt sind, bei beiden ein ganz verschiedenes Bild zu sehen.

Bei Weiterbehandlung der akuten Fälle mit reinem p-Oxy. trat klinisch keine Besserung ein, die Gonokokken verschwanden nicht aus dem schleimigen Sekret, dagegen zeigten sich plötzlich Symptome, die auf ein Aszendieren des Prozesses hinwiesen. Beide Kinder bekamen Fieber und Harndrang und klagten über Leibschmerzen und „Brennen" in der Blase. Der Urin war trübe und das Sediment der zweiten Portion ergab massenhaft Gonokokken, außerdem war der Leib in den unteren Partien gespannt und in der Adnexgegend druckschmerzhaft, so daß wir an der Diagnose: gonorrhoische Zystitis und Adnexitis nicht mehr zweifeln konnten und sofort die Behandlung abbrachen.

Die 3 chronischen Fälle zeigten in ihrem klinischen Verlauf ein anderes Bild. Bei einem Kinde hörte schon nach einer Woche die Sekretion gänzlich auf, die Präparate enthielten nur Epithelien, keine Leukozyten, keine Gonokokken. Nach achttägigem Aussetzen der Behandlung waren jedoch in dem wieder aufgetretenen, schleimig-eitrigen Sekret zahlreiche Leukozyten und intrazellulär Gonokokken zu finden. Die zwei anderen Fälle hatten schon vor der Behandlung rein schleimiges Sekret gezeigt, in dem nur spärlich Leukozyten und Gonokokken nachzuweisen waren. Auch hier ließ der Ausfluß fast ganz nach, das mikroskopische Bild wurde jedoch kaum verändert, es ließ neben zahlreichen Epithelien und Schleimfäden spärlich Gonokokken und ganz vereinzelt Leukozyten erkennen. Ein Aufsteigen der Affektionen trat in diesen Fällen nicht ein.

Die Wirkungsweise des p-Oxy. stellt sich offenbar folgendermaßen dar: Auf die aufgelockerte und entzündete Schleimhaut gebracht, dringt es in die tieferen Schichten und wirkt auf die Gefäße derart ein, daß es einen lokalen Gefäßkrampf und damit ein Nachlassen der Entzündungserscheinungen (Rückgang der Hyperämie, des Ödems und der Leukozytose!) bedingt. Es handelt sich dabei hier um ähnliche Verhältnisse, wie sie PATZSCHKE (l. c.) beim Adrenalin gefunden hat. Auf die normale Haut gebracht (Versuch beim Hahn, s. o.!), zeigt eine 5%ige Lösung keine, auf der entzündeten Schleimhaut bereits eine 0,1%ige deutliche Wirkung. Gleichzeitig mit dem Fortfall der akuten Entzündung läßt auch die Irritation der sensiblen Nervenendigungen nach und damit die subjektiven Beschwerden. Theoretisch wäre auch eine Wirkung auf die Drüsen zu erwarten, im Sinne einer vermehrten Sekretion, Erwägungen, die noch im Tierversuch nachzuprüfen wären.

Die Frage nach einer gonoziden Eigenschaft des p-Oxy. glaube ich nach dem klinischen Verlauf unserer Fälle verneinen zu müssen. Selbst wenn sich bei späteren Versuchen eine solche, vielleicht auf oberflächliche Herde, nachweisen lassen sollte, so müssen wir jedoch von vornherein dem p-Oxy. eine Tiefenwirkung absprechen. Gerade bei den beiden akuten Fällen hätte sich im weiteren Verlauf der Behandlung ein besserer therapeutischer Effekt einstellen müssen, wenn wir im p-Oxy. ein gonozides und in die Tiefe wirkendes Mittel besäßen, hatten doch die mikroskopischen Präparate sehr viel Ähnlichkeit mit den Bildern, wie wir sie bei ganz frischen Infektionen beim Manne sehen, in Fällen, in denen ab und an noch eine Abortivheilung gelingt. Möglicherweise sind durch die „Trockenlegung des Terrains" die Lebensbedingungen auf der Oberfläche für die Gonokokken verschlechtert worden, dafür bietet ihnen aber die fehlende lokale Eiterbildung und das Fehlen der an sie gebundenen Abwehrmaßnahmen reichlich Gelegenheit, in die tieferen Schichten der Schleimhaut und die Adnexe vorzudringen; vielleicht deutet auch die oben erwähnte, typische Lagerung der Gonokokken an der Peripherie der Epithelien oder in den Lücken zwischen ihnen auf diesen Umstand hin. Andererseits sehen wir in chronischen Fällen, bei denen ja die Erreger neben Adnexen in ihren Schlupfwinkeln, d. h. den Drüsen und den tiefen Schichten der Schleimhaut, sitzen, eine Wirkung überhaupt ausbleibt.

Digitized by Google

Das Fehlen einer gonoziden Komponente in der Wirkung des p-Oxy. veranlaßten mich, weiterhin Versuche anzustellen mit Stäbchen, die 1% p-Oxy. und 10% Protargol enthielten. In dieser Zusammensetzung hatte ich also ein Mittel an der Hand, von dem zu erwarten war, daß es gute gonozide Wirkung auch in den tieferen Schleimhautschichten entfalten würde, und das im p-Oxy. einen sekrethemmenden und antiphlogistisch wirkenden Zusatz enthielt, also umgekehrt ein Adstringens, dem aber das sonst den Adstringentien anhaftende Eiweißfällungsvermögen, also die Ätzwirkung, fehlen mußte. Nach den Untersuchungen von v. Oettingen (24) fällt dem Protargol an sich schon eine deutliche sekretionshemmende Wirkung und Kontraktionswirkung auf die entzündlich erweiterten Gefäße zu, dabei aber auch in der Konzentration, in der wir diese Wirkung auftreten sehen, eine ebenso starke Ätzwirkung, so daß wir diese Konzentration nicht therapeutisch anwenden können; denn was wir mit solchen Verätzungen anrichten können, weiß jeder, der den klinischen Verlauf mißlungener Abortivkuren mit hochprozentigen Lösungen verfolgen konnte.

Diese Ätzwirkung sahen wir auch im Laufe der letzten Jahre, in denen wir die 10%igen Delegonstäbchen in der Frauen- und Kindertherapie anwendeten, ab und an auftreten. Die Patienten klagten über Brennen in der Harnröhre und über Harndrang, so daß wir die Stäbchenbehandlung einige Tage aussetzen mußten.

Es war nun die Frage, ob einerseits das p-Oxy. auch im Zusammenhang mit dem Protargol seine antiphlogistische und sekretionshemmende Wirkung entfalten kann, also ob einerseits in akuten Fällen die Eiterung so schnell nachlassen, das Klagen über Reizwirkung der Stäbchen aufhören würde, ob andererseits auch die Wirkung des Protargols in Stäbchenform auf der relativ trockenen Schleimhaut ausreichte, Gonokokken abzutöten, so daß wir kein Aszendieren der Affektion zu befürchten haben.

Wir haben mit diesen Stäbchen etwa 30 Kinder und 50 Frauen bisher behandelt und nie wieder Reizerscheinungen gesehen. Dabei ließen bei Anwendung der Stäbchen in der Kinderpraxis, wie bei der reinen p-Oxy.-Behandlung, Sekretion und Entzündung und damit auch die subjektiven Beschwerden auffallend schnell nach. Die mikroskopischen Präparate akuter Fälle zeigten wie oben nach kurzer Behandlung sehr wenig Leukozyten. Dagegen nicht die erwähnten „Rasen" der Gonokokken, noch die „typische Lagerung". Ein Aufsteigen der Gonorrhoe beobachteten wir hier nie. Die Dauer der Behandlung war etwa die gleiche wie bei der sonst üblichen, etwa 50% der Kranken sind bereits aus dem Krankenhaus entlassen.

Erfahrungsgemäß lösen sich die p-Oxy-Delegonstäbchen etwas schwerer als die reinen Delegonstäbchen, so daß ich empfehlen möchte, die Stäbchen vor dem Gebrauch in 5%ige Protargollösung zu tauchen, dann erübrigt sich auch das Befeuchten mit Glyzerin, oder aber vor dem Einführen der Stäbchen einige Kubikzentimeter obiger Lösung zu injizieren.

Einen Nachteil bedeuten diese schlechteren Löslichkeitsverhältnisse keinesfalls, so daß man für alle Fälle von Frauen- und Kindergonorrhoe die jetzt völlig reizlosen, modifizierten Delegonstäbchen[1]) nur empfehlen kann, vor allem für solche Fälle, die akute Reiz- und Entzündungserscheinungen zeigen.

Nachdem sich so in der Kinderpraxis eine deutliche Wirkung auf die entzündete Schleimhaut des Genitales im Sinne einer Hemmung der Sekretion und Entzündung hat nachweisen lassen, sind wir auch dazu übergegangen, das p-Oxy. bei der männlichen Gonorrhoe zu erproben und es als Zusatz zu starken Silberlösungen zu verwenden. Besonders wichtig erscheint mir dabei die Untersuchung nach der Richtung, ob das p-Oxy., lokal appliziert, auch auf die Drüsen der männlichen Urethra in der Weise einwirkt, wie es der Tierversuch bei parenteraler Einverleibung bei anderen Drüsen gezeigt hat (Tränendrüsen, Speicheldrüsen usw.), mit vermehrter Sekretion. Sollten sich diese theoretischen Erwägungen bestätigen, so würde der p-Oxy.-Zusatz in dieser Weise einen großen Vorteil in der Gonorrhoetherapie bedeuten.

---

[1]) Die Firma Bayer bringt in Zukunft ihre Delegonstäbchen nur noch mit dem Zusatz von 1% p-Oxy. in den Handel.

Digitized by Google

Über die Erfahrungen bei der männlichen Gonorrhoe wird später berichtet werden.

Am Schluß möchte ich allgemein darauf hinweisen, daß uns unsere klinischen Erfolge gezeigt haben, daß es uns gelingt, auch ohne die oft lästige Eiterbildung zu fördern, wie es doch durch die meisten Silbersalzlösungen geschieht, die Gonorrhoe erfolgreich zu bekämpfen, und daß hier vielleicht der Weg liegt, auf dem wir weiter forschen müssen.

Zusammenfassung: Zur erfolgreichen Bekämpfung der Vulvovaginitis gonorrhoica infantum gehört neben allgemeinen und diätetischen Maßnahmen eine energische, aber dem kindlichen Organismus angepaßte, lokale Therapie. Diese hat sich auf Urethra, Vagina, Rektum und Vulva zu erstrecken. Rektum und Praeputium clitoridis wird in allen Fällen mitbehandelt. Als „gefährlich" abgelehnt wird die besondere Behandlung der Zervix. Daneben werden aus Gründen der Provokation „Vakzinekuren" (5—8 Injektionen, in steigenden Dosen intravenös injiziert!) in vierwöchigen Intervallen gegeben.

Zur Dauerbehandlung eignen sich sehr gut 10%ige Protargolstäbchen mit Zusatz von 1% p-Oxyphenyläthylamin (Delegonstäbchen Bayer).

Das p-Oxy. ist ein dem Adrenalin verwandter Körper. Es bewirkt wie dieses durch Sympatikusreizung Gefäßkontraktion, parenteral einverleibt, im Tierversuch vermehrte Sekretion bestimmter Drüsen (Tränen-, Speichel- usw.). Gegenüber dem Adrenalin hat es den Vorteil der Haltbarkeit. Seine Wirkung beträgt nur etwa $^1/_{20}$ der des Adrenalins, hält aber bedeutend länger an als diese. Bei lokaler Applikation auf die normale Haut und entzündete Schleimhaut finden wir ähnliche Verhältnisse wie beim Adrenalin. Während der Tierversuch bei Verdünnung 1:20 noch keinerlei Wirkung zeigte, ergaben unsere klinischen Versuche bei der V. g. i. bereits bei einer Verdünnung von 1:1000 deutliche Reaktion auf der entzündeten Schleimhaut derart, daß wir eine deutliche Herabsetzung der Hyperämie, der Sekretion und der Leukozytose feststellen konnten. Auf die Gonokokken selbst scheint das p-Oxy. nicht einzuwirken. Dieselben Eigenschaften zeigt es in Verbindung mit Protargol (10%). In dieser Zusammensetzung zeigt sich aber auch das Protargol als gonozide Komponente wirksam, während wir, auch bei Daueranwendung, jede Ätzwirkung vermissen.

Der p-Oxy.-Zusatz (1% zu 10%igen Protargolstäbchen) erhöht also die adstringierende Wirkung des Protargols und erlaubt es, höhere Konzentrationen anzuwenden. Er verhütet eine Ätzwirkung des Protargols, die sonst in der Konzentration auftritt, in der wir bei diesem Mittel adstringierende Wirkung sehen.

Intoxikationserscheinungen wurden bei lokaler Anwendung der 1%igen p-Oxy.-Stäbchen, obgleich wir einzelne Fälle bis zu einem halben Jahr und darüber behandelten, nie beobachtet. Dauernd kontrolliert wurden dabei Pupillen, Puls, Blutdruck und Allgemeinbefinden.

Literatur.

1. Asch, R., Die Tripperansteckung kleiner Mädchen. Zschr. f. Gebh. u. Gyn., Bd. 82, S. 28. — 2. Asch u. Wolff, Diagnose und Behandlung der Gonorrhoe des Weibes und die Feststellung ihrer Heilung. M. m. W., 1922, Nr. 35, S. 1273 und Nr. 36, S. 1310. — 3. Bruck, C., Beiträge zur weiblichen Gonorrhoetherapie und zur persönlichen sexuellen Prophylaxe beider Geschlechter. Derm. W., 1923, Nr. 21, S. 464 und Nr. 22, S. 482. — 4. Bruck, C., Über Azykal, ein neues Antigonorrhoicum. Kl. W., 1923, Nr. 30, S. 1434. — 5. Cassel, N. u. Lilienthal, L., Über ambulante Behandlung der Gonorrhoe des Weibes. M. Kl., Nr. 26. — 6. Cohn, A., Außergewöhnliche Degenerationsformen des Gonokokkus. Kl. W., 1923, Nr. 19, S. 873. — 7. David, Ch., L'infection gonococcique latente. Les porteurs de germes gonococciques. Ann. d. Maladies Vénériennes, 1925, Nr. 1, S. 20. — 8. Delbanco, E. u. Lorentz, F. H., Zur Biologie der Gonokokken und zur Prognose der männlichen Gonorrhoe. Derm. W., 1923, Nr. 39, S. 1137. — 9. Dixon u. Dale, J. of Physiology, 1909 (39). — 10. Galewsky, Rübsamen u. Kehrer, Bekämpfung der Vulvovaginitis gon. bei Kindern. Bericht der gyn. Ges., Dresden. Zbl. f. Gyn. 1923, Nr. 35, S. 1425. — 11. Gauss, C. I., Heilerfolge und Wirkungsweise der intravenösen Therapie bei der unkomplizierten weiblichen Gonorrhoe. Zbl. f. Gyn., 1922, Nr. 24, S. 977. — 12. Gumpert, M., Schutz der Kinder vor Geschlechtskrankheiten. D. m. W., 1924, Nr. 47, S. 1618. — 13. Hirsch, H., Über die Lebensdauer der

Digitized by Google

Gonokokken im menschlichen Körper. D. m. W., 1924, Nr. 47, S. 1613. — 14. Jadassohn, Wie läßt sich die ärztliche Behandlung angesichts der jetzigen wirtschaftlichen Notlage der Bevölkerung sparsam und doch sachgemäß gestalten (für die Geschlechtskrankheiten)? M. Kl., 1924, Nr. 15, S. 475. — 15. Jakobsohn, F. u. Erlanger, Experimentelle Untersuchungen über antigonorrhoische Silberpräparate. Kl. W., 1924, Nr. 39, S. 1760. — 16. Kahn, A., Über Vulvovaginitis infantum. Arch. f. Gyn., Bd. 121, H. 2, S. 335. — 17. Klaussner u. Wiechowski, Reargon. Ein neuer Weg der Silbertherapie bei der Gonorrhoe. Derm. W., 1924, Nr. 1, S. 18. — 18. Krösl, H., Reizlose Gonorrhoebehandlung durch Novokain-Adrenalin-Zusatz. Ther. d. Gegenw., 1924, H. 8, S. 380. — 19. Kruspe, M., Zur Therapie der Vulvovaginitis gon. der kleinen Mädchen. Kl. W., 1924, Nr. 31, S. 1403. — 20. Kuhn, G., Versuche mit Reargon. W. kl. W., 1924, Nr. 28, S. 699. — 21. Langer, E. u. Peiser, B., Über neuere kolloidale Silberpräparate zur Behandlung der Gonorrhoe. D. m. W., 1924, Nr. 42, S. 1439. — 22. Müller, I., Zur Therapie der Vulvovaginitis der kleinen Mädchen. Kl. W., 1923, Nr. 20, S. 928. — 23. Müller, I., Erwiderung. Kl. W., 1924, Nr. 31, S. 1404. — 24. V. Oettingen, Beiträge zur Kenntnis der Wirkungsweise kolloidaler Silberlösungen unter besonderer Berücksichtigung der Schleimhautaffektionen. M. m. W., 1925, Nr. 5, S. 177. — 25. Patzschke, W., Zur Therapie der Vulvovaginitis gon. inf. D. m. W., 1921, Nr. 2, S. 44. — 26. Saenger, cit. bei Asch. Zschr. f. Gebh. u. Gyn., Bd. 82, S. 32. — 27. Schlasberg, H. I., Stockholm, Zur Kenntnis der Rezidive der Gonorrhoe bei kleinen Mädchen. Verh. d. 5. Vers. d. Nord. Derm. Ges. zu Stockholm, Juni 1922. Ref.: Derm. W., 1923, Nr. 40, S. 1176. — 28. Schmeidler, H., Die Lokaltherapie der männlichen und weiblichen Gonorrhoe mit Tampovagan-Zervix- u. Urethra-Gelatinestäbchen. Ther. d. Gegenw., 1924, H. 10, S. 480. — 29. Schmidt, W., Therapie der Vulvovaginitis gon. inf. Ther. d. Gegenw., 1922, H. 4, S. 144. — 30. Schönfeld, W. u. Müller, W. G., Klinische Beobachtungen und experimentelle Untersuchungen über die Resorptionsfähigkeit der Harnröhren- und Blasenschleimhaut beim Menschen. M. m. W., 1925, Nr. 8, S. 291. — 31. Siebert, C. u. Cohn, H., Targesin, ein neues lokales Antigonorrhoikum. D. m. W., 1923, Nr. 36, S. 1181. — 32. Simon, F., Kombinierte Reizkörper-Vakzinebehandlung der Komplikationen der männlichen Gonorrhoe. Erfahrungen mit Gonoyatren. Zugleich ein Beitrag zur Wirkungsweise der Reizkörper. Derm. W., Bd. 77, S. 973. — 33. Sternberg, Ein Schutzmittel gegen geschlechtliche Infektion. Ärztl. Rundschau, Nr. 50, Jahrg. 18. — 34. Stümpke, Diagnostische und therapeutische Betrachtungen über Gonorrhoe. M. Kl., 1924, Nr. 2, S. 37, Nr. 3, S. 73. — 35. Utz, F., Protargol (Bayer), Kollargol (Heyden) und deren Ersatzprodukte. D. m. W., 1924, Nr. 36. — 36. Vogel, W., Meine Erfahrungen mit Targesin. M. m. W., 1925, Nr. 14, S. 564. — 37. Wichmann, P. u. Schlunk, F., Bakteriologische Befunde bei chronischer Gonorrhoe unter besonderer Berücksichtigung der gram-positiven Diplokokken und Staphylokokken und ihrer klinischen Bewertung. D. m. W., 1925, Nr. 7, S. 266. — 38. Zill, L., Erfahrungen in der ambulanten Gonorrhoebehandlung M. m. W., 1921, Nr. 37.

Weitere Literaturangaben finden sich in einer großen Reihe obiger Arbeiten.

Versammlungen.

Tagung Mitteldeutscher Dermatologen am 7. Juni 1925 zu Jena.

Vorsitzender: Spiethoff. Schriftführer: Brill.

Werther-Dresden demonstriert folgende Wachsbilder: **1. Noma vulvae, im Ausstrich Fusispirillose**, bei einem 9jähr. Mädchen im Anschluß an Grippe (mit Kehlkopfgeschwüren) plötzlich entstanden. Tiefe Gangrän der Nymphen und Labien, zuerst trocken und schwarz (wie dargestellt), dann in Eiterung übergehend, in einigen Tagen zum Tode führend. Sektionsergebnis: Sepsis.

2. Ulcus acutum vulvae. Sehr schmerzhafte Geschwüre bei 20jähr. Mädchen, ohne vorhergegangene Infektion, mit Fieber und Unwohlsein einsetzend. An den Nympheninnenflächen gangränös, in der Umgebung Ulcera-mollia-ähnliche Geschwüre. Starkes Ödem der äußeren Genitalien, keine Leistendrüsenschwellung. Im Ausstrich

Digitized by Google

nur Bacill. crassus, WR negativ. Heilung in vier Wochen unter Einlagen von physiologischer Kochsalzlösung.

3. **Pemphigus vegetans.** Knoten mit diphtheroidem Belag, lokalisiert an und um die Genitalien bei einer 25jähr. Frau und monatelang lokalisiert bleibend. Therapie erfolglos. Kurz vor dem Tode auf die weitere Umgebung übergreifend.

Benedek-Leipzig: **Leukokeratosis glandis penis verrucosa.** (Erscheint in der Derm. W.)

Galewsky-Dresden hält eine Trennung zwischen dem Fall von Leukokeratosis und den reinen Kraurosisfällen für nötig, da die reinen Fälle von Kraurosis penis ohne starke Infiltrate oder pachydermische Erscheinungen auftreten und oft auf die Eichel übergehen und zur Verengerung des Orificium urethrae führen.

Frähwald-Chemnitz demonstriert: 1. den Fall von wahrscheinlicher **Blastomykose,** der von Kieß bei der Leipziger Tagung, von F. bei der Chemnitzer Tagung vorgestellt worden war. Das Leiden hatte 1915 an der Zunge und Mundschleimhaut mit Substanzverlusten, Schwellung und bläulicher Verfärbung begonnen, dann waren Vegetationen an der Lippe, Kinn, Achselhöhlen und um das Genitale entstanden. Vor einem Jahre waren alle Vegetationen mit Hinterlassung von Pigmentierung unter Röntgenstrahlen abgeheilt. Vor zwei Monaten traten wieder Wucherungen auf. An der Innenseite des rechten Oberschenkels finden sich an der proximalen und distalen Seite eines großen pigmentierten Herdes stark erhabene, derbe, rötlichgraue, trockene Vegetationen. Auf ihnen wie im Zentrum des Herdes kleine Pustelchen. Aus diesen wurde ein Sproßpilz in Reinkultur gezüchtet. Im Schnitte fanden sich keine Hefen.

2. Fall von **Trichostasis spinulosa.** 26jähr. Kranke mit Gonorrhoe. Zu beiden Seiten des Kreuzbeines und auf beiden Unterbauchseiten finden sich symmetrisch gelagert etwa handtellergroße Stellen, die mit schwarzen, wie Komedonen aussehenden Punkten besetzt sind. Bei näherem Zusehen ergibt sich, daß diese Punkte aus feinen, follikulär angeordneten Stacheln bestehen. Zieht man einen solchen Stachel aus, so sieht man unter dem Mikroskope, daß er aus einer größeren (12—16) Zahl von Kolbenhaaren besteht, die in einem hyperkeratotischen Follikel vereint sind (Präparat eingestellt). Die Veränderung entspricht dem von Franke als Thysanothrix, von Nobl als Trichostasis spinulosa beschriebenen Bilde. Unter diesen beiden Namen hat der Vortragende keinen weiteren Fall in der Literatur gefunden.

Galewsky berichtet über die Fälle von Trichostasis, die er zuerst auf der Naturforscherversammlung in Dresden und dann in zwei Publikationen im Arch. f. Derm. veröffentlicht hat. G. weist auf die letzte Arbeit von Pischanger in der Acta ven. hin, mit der er sich aber nicht ganz einverstanden erklären kann, da er in seiner Praxis niemals so zahlreiche Fälle von Trichostasis (Keratosis spinulosa c. trichostasi Galewsky) gesehen hat.

Werther: Eine früher schon gebrauchte, weitere Bezeichnung dieser Hautveränderung ist Naevus acneiformis.

Galewsky: Demonstration von drei Moulagen: 1. **Tuberkulid beim Säugling.**

2. **Gehäufte Akne und Komedonen im Gesicht bei Arbeitern in gewerblichen Betrieben (Ursache Schwefel).**

Demonstration:

Oelze-Leipzig: **Lues gegen Salvarsan und „Albert 102" resistent.** 1. Pat. Martin We., Primäraffekt Ende September 1924. Seit November 1924 von Benedek energisch mit Salvarsan und Quecksilber behandelt. Vom 17. III. 1925 bis 17. IV. 1925 schweres ulzeröses Syphilid. Neunmal „Albert 102" 0,2 g; Spirochaete pallida nach der ersten Injektion verschwunden, jedoch nach der sechsten Spritze Auftreten neuer Efflorescenzen. Auf Wunsch entlassen. Die mit Präzipitatsalbe außerdem behandelten Efflorescenzen abgeheilt, die nicht lokal behandelten wenig verändert. Der zunächst positive Wassermann war negativ geworden. 7. V. 1925 Wiederaufnahme; WR ++++. Außer mächtigen Ulzerationen am Stamm Psoriasis palmaris et plantaris (Pat. ist Zitherspieler und Schuhplattler). Seit dem 12. V. wöchentlich zweimal „Albert 102" 0,3 g; Efflorescenzen kaum verändert, dagegen lokal behandelte Stellen am Oberschenkel abgeheilt, Spirochaete pallida nicht zu finden. Der Fall zeigt, daß die schlechte Einwirkung von Salvarsan und Quecksilber auch bei hohen und zahlreichen Dosen von „Albert 102" nicht besser wird. Auch bei an sich nicht resistenten Luesfällen haben wir schon Rezidive nach „Albert 102" beobachtet. Die mangelnde Leistungsfähigkeit von „Albert 102" ist in dem demonstrierten Fall auch aus dem raschen, neuen Positivwerden der WR zu ersehen.

Digitized by Google

2. (Nov. spez.). Pat. Georg Wi. Nach Salvarsan, speziell nach Silbersalvarsan, findet man im Gegensatz zu „Albert 102", von großen Ausnahmen abgesehen, ein sehr rasches und sicheres Verschwinden der Pallida. In einem Falle, Papeln am Penis mit Balanitis, schien das Silbersalvarsan zu versagen. Bei einer genauen Bewegungsanalyse der betreffenden Spirochäten konnte aber festgestellt werden, daß, wenn es gelingt, bewegungsfähige Exemplare in das Dunkelfeld zu bringen, die Bewegung eine äußerst rasche, peitschenartige ist. Morphologisch ist diese Spirochäte nicht von Pallida zu unterscheiden; sie ist nicht zu verwechseln mit der von Hoffmann schon beschriebenen Balanitis-Spirochäte, die nur 6—7 Windungen hat. Unsere Spirochäte ist im Gegenteil sehr fein gewunden, 15—20 Windungen; die Windungen sind fein und rund. Sie sind von derselben anscheinenden Regelmäßigkeit wie die der Pallida, und die Spirochäte zeigt auch genau das Aussehen der langsam hin und her schwankenden Silberdrahtspirale, wenn es nicht gerade gelingt, die schnelle Peitschenbewegung zu erblicken. Schereschewsky hat bereits auf ähnliche Spirochäten kurz hingewiesen, bisher vier Fälle beobachtet, davon zwei sicher ohne Lues. Mit Giemsa ist diese Spirochäte nur schwer färbbar, vielleicht noch schwerer als die Spirochaete pallida. Nach der Meirowskyschen Vitalfärbung gleichfalls wie die Pallida nur schwer färbbar. Es ist noch ungewiß, ob der vorgestellte Fall nur Spirochaeta incertudinis enthält. Infektion 25. III., Ulkus seit 15. IV.; am 25. IV. Aufnahme. Am Frenulum einzelne hanfkorngroße, wie ausgestanzt aussehende, leicht eitrig belegte Ulzera mit wenig entzündlicher Umgebung. Ränder nicht unterminiert. Drüsen nicht wesentlich vergrößert (Pat. hatte im Januar bei uns Ulcera mollia und Bubo, der inzidiert wurde); unter NaCl-Umschlägen heilen die Ulzera ab, Tanninpuder. Am 4. V. gibt Pat. an, die Stelle im Bade stark gekratzt zu haben; man sieht unter einem dicken Schorf eine scharf begrenzte Wunde, jede Therapie wird ausgesetzt. Am 8. V. zeigt sich ein pfennigstückgroßes, braunrot glänzendes, ziemlich regelmäßig begrenztes hartes Ulkus mit nicht unterminierten Rändern. Am 26. IV. ist eine Inokulation auf Ulcus molle gemacht worden; diese war negativ ausgefallen. Die Impfschnitte waren bis auf einen ganz geringfügigen Rest abgeheilt; es wurde an dieser Stelle auf Spirochäten untersucht, wobei man die Oberhaut abkratzen mußte. Massenhaft lange, reich gewundene Spirochäten vom reinsten Pallidatyp, außerdem viele kleine, lebhaft bewegliche Spirillen von nur drei oder vier Windungen. Das Ulkus am Frenulum heilt sehr langsam spontan ab; in letzter Zeit Einlagen mit physiologischer Kochsalzlösung. Gegen Ulcus mixtum spricht negativer Ausfall der Inokulation auf Streptobazillen. Luetische Infektion kann kaum angenommen werden, da 1. Inokulation bei schon ausgebildetem Schanker im selben Lymphgefäßbezirk dann positiv ausgefallen wäre, 2. WR und SGR dauernd negativ geblieben sind, zuletzt am 5. VI. zwei Seren, 3. kein Exanthem aufgetreten ist. Die Drüsenpunktion fiel mehrfach negativ aus. Demonstration einer Spirochäte. Stark gefärbtes Giemsapräparat. Die Spirochäte von 14 Windungen ist so schwach gefärbt, daß sie nur bei besonderer Aufmerksamkeit deutlich erkannt werden kann. Für die Praxis erscheinen diese Fälle von großer Bedeutung. Wenn möglich soll man in geschlossenen Effloreszenzen auf Pallida suchen; dann soll man die Spirochäten möglichst bewegungsfähig erhalten, 1%ige Normosallösung statt NaCl zum Verdünnen. Die Drüsenpunktion ist immer zu empfehlen, liefert allerdings auch bei Syphilis oft negatives Resultat, wenigstens in Zeiträumen, wie sie in der Praxis zur Verfügung stehen.

Benedek: Pat. — der ein großer Potator ist — kam mit einem P. A. penis und Exanthema maculo-papulosum corporis universale zuerst in meine Behandlung. Der Fall zeigte sich von Anfang an der Therapie gegenüber sehr refraktär. Er bekam etwa 8 g Na-Salvarsan, worauf die syphilitischen Erscheinungen abheilten. Schon nach 14 Tagen bekam Pat. ein universelles **Erythema multiforme syphilitic.** In dieser Zeit ist er in stark angeheitertem Zustande auf den rechten Ellbogen hingefallen, worauf sich ein typisches Gumma syphil. traumatic. mit einem eitrig-schmierigen Belag herausbildete. Das Erythema multiforme syphilitic. sowie das traumatische Gumma begannen bei der sofort eingeleiteten kombinierten Bismut-Yatrenkur (intravenös und intraglutäal) zurückzugehen. Nach drei Bi-Yatrenspritzen ist Pat. auf eigenen Wunsch in die Hautklinik Leipzig eingewiesen worden, da er — wieder traumatisch infolge seines Berufes (Zitherspieler und Schuhplattler) — an der Vola manus und Planta pedis neue Nachschübe bekam.

Brill (Hautklinik Jena) stellt vor: Einen Fall von **vegetierendem, keratotisch und exsudativ entartetem Ekzem** mit allgemeiner Entwicklungshemmung, Schlafsucht und Hydrozephalus. Bei der Geburt des Kindes war der Vater 70 Jahre alt, die Mutter

Digitized by Google

36 Jahre. Ausschlag besteht seit dem neunten Lebensmonat, Beginn am Gesäß, dann Genitokruralfalten, Kopf, Hände, Füße und Lippenwinkel, in geringem Maße auch hinter den Ohren. Der Ausschlag präsentierte sich zuerst als stark vegetativ entartetes, nässendes Ekzem. Besonders auf dem Kopfe zeigten sich mehrere Zentimeter dicke Auflagerungen in Form von ausgedehnten Exsudationen. Am Kopf Rückgang der Erscheinungen: jetzt fallen besonders die dicken Hornlamellen an den Hand- und Fußflächen auf. Am Gesäß vorübergehend Hauthörner. Histologisch Akanthose, Parakeratose und Erweiterung der Schweißdrüsenausführungsgänge. Seit etwa einem Jahre pathologische Schlafsucht. Liquordruck 334 mm. Am Augenhintergrund keine Drucksymptome wahrnehmbar. Lumbalpunktionen und monatelange Behandlung mit Epiglandol besserten die Schlafsucht. Dabei starke körperliche und geistige Entwicklungshemmung. Es handelt sich demnach um einen eigentümlichen Symptomenkomplex, der aus allgemeinen Entwicklungsstörungen, aus zerebralen und Hautsymptomen sich zusammensetzt und dessen ursächliche Gemeinsamkeit vielleicht in Funktionsanomalien der endokrinen Drüsen gesucht werden kann. Die Behandlung der Hauterscheinungen erwies sich seither als ziemlich erfolglos.

Callomon-Dessau fragt, ob im Zeitraum der Beobachtung irgendwann das Aufschießen bullöser oder vesikulöser Effloreszenzen feststellbar war, oder ob am übrigen Körper, speziell an Schleimhäuten oder Fingernägeln, dystrophische Veränderungen bestehen, wie sie etwa bei der „Forme bulleuse et dystrophique" der Epidermolysis bullosa hereditaria häufig vorkommen.

Spiethoff stellt vor: 1. **Sarkoid Boeck.** Hervorzuheben ist die nicht häufig beobachtete Lokalisation auf dem Schädeldach. Großknotige und diffus infiltrierende Form. Vor 13 Jahren zugleich mit einer Tuberkuloseerkrankung der Lungen ausgebrochen. Typisches histologisches Bild.

2. **Spindelzellensarkom** der Haut und Abdominalregion. Beginn vor neun Jahren. Durchaus gutartiger bisheriger Verlauf; ohne Zerfall spontane Rückbildungstendenz.

3. **Mycosis fungoides.** Günstiger Einfluß der Röntgenbestrahlung.

4. **Granulom der Sehnenscheiden (?)** (atypisches Granuloma annulare?); an den Streckseiten der Finger, stellenweise auch auf die seitlichen Flächen etwas übergreifend, harte bis kirschkerngroße Knoten; je ein solcher Knoten an beiden inneren Knöcheln. Histologisch: Granulom mit Riesenzellen, ohne tuberkulöse Struktur.

5. Schwere, zum Teil ulzeröse Lues III, die sich bisher auf Neosalvarsan, Jod, Wismut, Spirobismol refraktär erwiesen hat. WR stets negativ, Luetinreaktion negativ. Das Röntgenbild wie die histologische Veränderung sprechen für Lues; Tuberkulose, Pilzerkrankung auszuschließen.

6. **Morbus Darier.** 64 Jahre alter, aus Schlesien gebürtiger Mann, bietet das Bild genereller Hypoplasie; Intelligenz schlecht entwickelt, Vita sexualis nie entwickelt gewesen. Auf Röntgenbestrahlungen sind die hochgradigen Vegetationen mit Hornmassen, die Pat. das Gehen unmöglich machten, abgeheilt; drei Jahre rezidivfrei an den bestrahlten Stellen.

7. **Morbus Darier.** 37jähr. Frau aus Thüringen. Auch in diesem Falle generelle Hypoplasie; völliges Darniederliegen der Vita sexualis, mangelhafte intellektuelle Entwicklung.

8. **Prurigo Hebrae** bei einem 60jähr. Manne; das Leiden begann erst im 46. Lebensjahre. Die ersten Erscheinungen konnten genau beobachtet werden; sie äußerten sich unter dem Bilde des Pruritus und der Urtikaria. Nachdem einige Jahre diese Symptome bestanden, trat dann das in jeder Beziehung typische Bild der Prurigo Hebrae auf. Konstitutionell ist hervorzuheben, daß die Körpergröße des Mannes unter dem Durchschnitt der Thüringer Bevölkerung liegt, daß die intellektuellen Fähigkeiten sehr schlecht entwickelt sind, daß die Vita sexualis nie erwacht ist.

9. **Pityriasis lich. chronica in atypischer Form; hämorrhagische Variante.** Histologisch zeigen schon die Anfangspapeln Hämorrhagie, die in weiterer Entwicklung zunehmen und schließlich zu einer hämorrhagischen Nekrose führen. Dementsprechend auch das klinische Bild: Papeln, die klinisch keine Blutungen entdecken lassen; Papeln mit Hämorrhagien und Papeln mit hämorrhagischer Nekrose; Narben; rötliche Flecke als Ausgang von Papeln, die nicht nekrotisch wurden. Beginn mit sechs Jahren; nie Jucken.

10. **Keratoma palmare et plantare,** von Geburt an bestehend. Familiäre Fälle nicht vorhanden. Keine Blutsverwandtschaft der Eltern. Von Kindheit an starke Schwachsichtigkeit.

Digitized by Google

11. **Multilokuläre, essentielle Keratodermie,** lokalisiert an Hohlhänden, Fußsohlen, Gelenkbeugen, Bauch, Hals, aufgetreten im zweiten Lebensjahre. Keine Blutsverwandtschaft der Eltern oder Großeltern; ähnliche Fälle in der Familie nicht bekannt.

12. **Familie mit Morbus Recklinghausen** in drei Generationen. Vater und Tochter schwere Form; zwei Kinder der Tochter keine Tumoren, nur zahlreiche Pigmentnävi. Mutter und Kinder bleiben wesentlich hinter der Durchschnittsgröße zurück. Vater nicht untersucht. Bei der Mutter Menarche im 18. Lebensjahre. Interessant ist in allgemeiner pathologischer Beziehung, daß eine Schwester durch Kaiserschnitt entbunden wurde und das Kind eine Mißgeburt war (zwei Köpfe, vier Beine, vier Arme, ein Rumpf). Die Veranlassung zum Kaiserschnitt lag vielleicht an Beckenanomalien, die eine Entwicklungsstörung wie der Hauterscheinungen bei Morbus Recklinghausen darstellten. Diese Schwester wie die anderen Geschwister der Mutter sind frei von Hauterscheinungen. Ferner ist bei dem 16jähr. Sohne der Mutter die ausgesprochen feminine Form der Oberschenkel hervorzuheben.

13. **Morbus Recklinghausen** bei einer 35jähr. Frau. Mit dem zwölften Jahre begannen Rückgratsverkrümmungen, die jetzt das Bild hochgradiger Kyphoskoliose boten. Mit dem 17. Jahre entwickelte sich das Hautbild unter starkem Jucken, das noch anhält. Menarche erst im 19. Lebensjahre.

Diskussion. Frühwald: Wichtig für die Diagnose „abortiver Recklinghausen" ist bei dem Mädchen das von Rille angegebene Symptom des schläfrigen Gesichtsausdruckes und des seltenen Lidschlages.

Werther macht auf das Auftreten der Geschwülste bei dieser Kranken zur Zeit der Keimdrüsenentwicklung aufmerksam, was er selbst einige Male bei MR beobachtet hat. Die Kranke ist außerdem spät entwickelt und blutet unregelmäßig und spärlich. Endokrine Wuchsstoffe geben Anlaß zum Ausbruch der von Geburt auf latenten Genodermatose. Endokrine Störungen machen wahrscheinlich auch den Pruritus.

14. **Dermatitis Duhring,** bei dem alle therapeutischen Versuche erfolglos geblieben waren, der aber in überraschend guter Weise auf Mittel reagierte, die aus dem homöotherapeutischen Arzneischatz stammen. Vortragender berichtet, daß er seit fünf Jahren Versuche mit den homöotherapeutischen Mitteln mache und neben Mißerfolgen viele gute Erfolge sah, und diese bei Fällen, die auf andere Methoden nicht zu heilen waren. Erfolge wurden gesehen bei chronischer Urtikaria, symptomatischen Erythemen, Salvarsandermatitis, Phlebitis, bei Beschwerden von Varizen, Varikozele, chronischer Purpura, Epididymitis, Erkrankungen der weiblichen Adnexe, Zystitis, Zystopyelitis, Rosazea, Blutwallungen, Enuresis nocturna, Pollutiones nimiae, Salvarsannebenerscheinungen. Die Brücke zu den Lehren Hahnemanns ist für uns das Arnd-Schulzsche Reizgesetz, das uns heute manches aus der Hahnemannschen Lehre verständlich erscheinen läßt, dem wir früher verständnislos gegenüberstanden. Die Beschäftigung mit den homöotherapeutischen Lehren ist jedem Reiztherapeuten dringend zu empfehlen; sie sind geradezu als die „hohe Schule" der Reiztherapie zu bezeichnen, mag man reizen, womit man will. Vor jedem Dogmatismus wird gewarnt, auf dieser oder jener Seite. Die Zeit der Synthese ist hereingebrochen.

Galewsky berichtet über die Behandlung eines Pat., der mit homöopathischer Dosis von Merkur behandelt und gebessert wurde. (Siehe Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in Graz.) G. erinnert an die Wirkung der schwachen Dosen von Chrysarobin (1:1000), auf die zuerst Jadassohn aufmerksam gemacht hat, und an die Reizbarkeit der Psoriasis.

Frühwald erwähnt einen Fall von Dermatitis herpetiformis, bei dem er durch intravenöse Traubenzuckerinjektionen die Symptome beseitigte. Ein neuerliches Rezidiv war sehr hartnäckig und konnte durch Traubenzucker- und Trypaflavininjektionen nicht geheilt werden. Der Kranke ging zu einem Homöopathen, der ihn durch homöopathische Mittel von seinem Leiden befreite. Die Symptomfreiheit hält ein Jahr an.

Werther: Bei der Behandlung des Lupus erythem. mit Krysolgan konnte man wiederholt bemerken, daß Milligrammdosen eine lokale Reaktion hervorriefen und die Krankheit heilten, wo größere Dosen nicht gewirkt hatten.

Bei Dermatitis herpetiformis liegt eine Überempfindlichkeit gegen Jod vor, die man mit Jodthymin, das minimale J-Dosen enthält, beseitigen könne.

Eine Kranke dieser Art erlebte einen heftigen Ausbruch nach Genuß von Burgunderwein, welcher minimale Dosen Jod enthalten soll.

Galewsky berichtet über 21 Fälle von Lupus erythematodes, die mit Goldpräparaten, Krysolgan, Triphal und dem Candleschen neuen Goldpräparat behandelt wurden.

Digitized by Google

Er macht darauf aufmerksam, daß bei manchen Fällen das eine Mittel versagt, während das andere wirkt.

G. empfiehlt ganz vorsichtige Dosierung (bei schwacher Individualisierung), hält es für nötig, die Kranken auf langsame Heilung aufmerksam zu machen, und empfiehlt eventuelles Wechseln der Medikamente.

Er glaubt, daß die Goldpräparate in etwa 60% helfen, und daß dieses absolute Versagen in einer Reihe von Fällen doch für die verschiedene Ätiologie des Lupus erythematodes spricht, eine Ansicht, die ja kürzlich auch v. Zumbusch vertreten hat.

Unter seinen Fällen ist besonders ein Fall von exulzeriertem Lupus erythematosus des Gesichts von Interesse, der vorzüglich abheilte; ein Fall von Lupus erythematosus der Augenlider, der sehr schnell verschwand, ein Fall von Dermatitis nach Triphal, bei dem mit dem Aufhören der Dermatitis auch der Lupus erythematosus fast geheilt war. Schwere Nebenerkrankungen hat er nicht gesehen.

G. glaubt vor allem, daß es darauf ankommt, daß der geübte Reiz gerade der für den Körper maximale ist; er hält nochmals Individualisieren und vorsichtiges Behandeln für nötig.

Spiethoff: Der Lupus erythematosus ist an sich ein relativ günstiges Objekt für die Reiztherapie. Ich erinnere an meine Erfolge bei Lupus erythematosus mit Eigenserum, defibriniertem Eigenblut und vor allem mit parenteraler Alkoholzufuhr, eine Methode, mit der ich die relativ besten Erfolge sah. Die Erfolge mit dem Krysolgan sind im Anfang der Behandlung oft besonders eindrucksvoll; im weiteren Verlaufe kommen aber oft unliebsame Überraschungen in Form von Verschlimmerung vor, die nicht als erfolggebende Herdreaktionen gedeutet werden können. Ich glaube aber, daß daran weniger die Goldpräparate schuld sind, als unsere noch nicht richtige Einstellung bei ihrer Verwendung. Zwei sehr wichtige Punkte aus der Reiztherapie scheinen mir auch bei der Goldbehandlung von großer Bedeutung zu sein: 1. nicht mit der Dosis steigern, solange mit derselben Dosis noch eine Besserung zu erzielen ist und 2. eine therapeutische Gabe auswirken lassen, d. h. die Gabe nur dann zu wiederholen, wenn die Wirkung der vorhergehenden Gabe erloschen ist.

Oelze: Die Dosierungen und Applikation der Goldpräparate, von denen Galewsky sprach, sind ja noch nicht eigentlich homöopathisch; von der Hypophyse ist ein Präparat hergestellt, von dem acht Tropfen D10 (0,4 Millionstel Milligramm) noch pharmakologisch deutlich registrierbare Wirkung hervorrufen. Daß also winzig kleine Dosen von Mitteln, wenn es sich um höchst wirksame Substanzen handelt, therapeutische Wirkung hervorrufen können, ergibt sich aus den objektiv nachprüfbaren Experimenten der Schulmedizin. Sehr unsicher ist es dagegen um die Begründung des homöopathischen Hauptsatzes „similia similibus" in der Dermatologie bestellt. Aus physikalischen Tatsachen sind weiter schwere Bedenken gegen die Wirksamkeit hoher homöopathischer Potenzen, etwa D30, abzuleiten, eine Kardinalfrage der Lehre Hahnemanns. Schon bei D22 ist bei einer Substanz vom Molekulargewicht 100 nur noch ein einziges Molekül vorhanden, bei D30 nur der 100millionste Teil eines solchen Arzneimoleküls.

Callomon-Dessau erblickt in Übereinstimmung mit Galewsky und Spiethoff in der Auswahl der Fälle und der individuellen Anpassung der Dosis und des Intervalls die Vorbedingung für den Heilerfolg wie auch für die Fernhaltung störender Nebenwirkungen. Die Gefahr des Aufflackerns anscheinend abgelaufener skrofulotuberkulöser Veränderungen bei Lupus-erythematosus-Kranken illustriert folgende Beobachtung: 17jähr. junger Mann, typischer Schmetterlingsherd des Gesichts, zugleich Amaurose des linken Auges seit Kindheit, am rechten Auge früher wiederholt phlyktänulöse Ausbrüche. Zur Zeit der Krysolganinjektion (0,1 mg) befindet sich das rechte Auge in völligem Ruhezustande; keinerlei Sehstörungen. Nach der Einspritzung eine mehrere Tage anhaltende lebhafte Lokalreaktion des Gesichtsherdes; zugleich heftige Sehstörung am vorher scheinbar intakten Auge infolge Aufflackerns klinisch nicht mehr nachweisbarer Residuen. Das Gesichtsfeld war so verschleiert, daß Pat. sich am ersten Tage kaum allein im Raume fortbewegen konnte. Ablauf der Augenerscheinungen mit der sonstigen Lokalreaktion. Fälle von Lupus erythematosus mit gleichzeitigen Resten alter skrofulöser Augenaffektionen sind vorerst für die Goldbehandlung des Lupus erythemathosus besser auszuschalten.

Krebs-Leipzig hat nach der Mitteilung von Bruhns in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft (1924) über einen Todesfall nach Krysolgan ausschließlich mit Triphal-Hoechst behandelt, ebenso gute Enderfolge wie mit Krysolgan gesehen und nie irgendwelche Zufälle erlebt.

Digitized by Google

Er regt an, dem weniger giftigen Triphal mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

Reizner-Plauen: Im Hinblick auf die Reizerscheinungen bei Goldpräparaten möchte ich vor allgemeiner ambulanter Behandlung warnen, bevor nicht klinisch noch mehr Erfahrungen über die Dosierung gemacht worden sind.

Werther: In einem Lupus-erythematosus-Falle trat nach der zweiten Krysolgandosis eine ziemlich starke Schwellung sämtlicher Lymphdrüsen am Kopf und Hals ein. Wahrscheinlich ist ein latenter tuberkulöser Herd angeflackert und hat diese Reaktion der Drüsen gemacht.

Brill: **Ergebnisse von experimentellen Prüfungen des vegetativen Nervensystems beim Ekzem.** Unter dem Einfluß langjähriger Konstitutionsforschungen, wie sie an der Jenaer Hautklinik im Martiusschen Sinne vorgenommen werden, wurden bei Hautkranken die pharmakodynamische Prüfung des vegetativen Nervensystems vorgenommen. Es ergab sich neben einigen methodologischen Abweichungen von den seitherigen Prüfungsarten (Arch. f. exp. Path. u. Pharm., 1925) eine Absonderung eines großen Teiles der Ekzematiker im Sinne der Vagotonie. Diese Ekzematiker erwiesen sich anamnestisch und klinisch als neuropathisch. Bei diesen Patienten wird das lokale Schwitzen auf normaler Grundlage abgetrennt von den allgemeinen Körperschweißen als Zeichen erhöhten Stoffwechselumsatzes. Der Dermographismus ist meist herabgesetzt, zum mindesten nicht erhöht. Besonders häufig findet sich Dermographismus albus, der beim Pruritus cum lichenificatione am meisten in Erscheinung tritt. Ferner erwies sich bei diesen Kranken die Empfindlichkeit der Haut auf die chemischen Strahlen der Höhensonne als direkt proportional der mechanischen Reizfähigkeit beim Dermographismus, ein Vorgang, der als Testversuch zur Empfindlichkeitsprüfung der Haut gegen die Strahlen der künstlichen Höhensonne gelten kann. Auf Grund der Beobachtungen und der Versuche wird aus der Reihe der Ekzemkranken der neuropathische Typ herausgestellt.

H. Cohn-Berlin: **Die Entwicklung der Silbersalztherapie bei Gonorrhoe.** Siebert und H. Cohn begnügten sich nicht mehr damit, alle reizenden Momente bei der Desinfektion auszuschalten, sondern sie trachteten danach, die durch die Gonokokken bedingten Entzündungserscheinungen möglichst schnell zu beseitigen, da jede Entzündungserscheinung eine seröse Durchtränkung bewirkt und den Gonokokken neue Nährstoffe zuführt. Gelöst wurde das Problem durch Verkettung des kolloidalen Silbers mit einer Azetylkomponente. Hierbei sind dem Tannin, das durch sein lebhaftes Eiweißfällungsvermögen und die damit zusammenhängende Reizwirkung bekannt ist, nur die gefäßverengernden und gewebsdichtenden Qualitäten erhalten (S. Loewe, W. Steinbiß). Der klinische Effekt zeigt, daß mit keinem Antigonorrhoikum wie mit dem Targesin die Entzündungserscheinungen so schnell bekämpft werden können, was sich im schnellen Abschwellen entzündlicher Gewebsdurchtränkung, Nachlassen der Schmerzhaftigkeit, Sistieren des Ausflusses usw. äußert. Es gibt auch kein Antigonorrhoikum, das so reizlos ist wie Targesin. Dieses Präparat stellt eine Vereinigung der uralten antiphlogistischen mit der von Neißer inaugurierten Desinfektionstherapie dar.

Das nach dem Targesin erschienene und in diese Gruppe gerechnete Reargon, das die Tiefenwirkung fördern sollte, hat infolge von Reizerscheinungen und Nebenwirkungen die auf dieses Präparat gesetzten Hoffnungen nicht erfüllt.

Wenn auch Targesin allen Anforderungen, die man an ein lokales wirksames Antigonorrhoikum stellen muß, entspricht, wird eine bequeme und sichere Bekämpfung der Gonorrhoe nur durch irgendeine biologische Methode möglich sein. Alle bisherigen Versuche haben jedoch fehlgeschlagen, so daß vorerst die Silbertherapie das Feld beherrschen wird.

Frühwald-Chemnitz: **Neuere Präparate in der Behandlung der Syphilis und des Trippers.** An der Abteilung des Vortragenden wurden bei Syphilis Salluen und „Abert 102" versucht. Salluen wurde in Dosen von 0,5—1,0 2—3mal die Woche, zuerst kombiniert intravenös und intramuskulär, dann nur intramuskulär gegeben. Die klinischen Erscheinungen schwanden durchschnittlich nach 7,0; nur einmal waren bei einem Manne nach 11,0 die Analpapeln noch nicht verheilt. Pathologische Liquorveränderungen, bestehend in Pleozytose und positivem Nonne, wurden in einem Falle durch 31,0 beseitigt. Dagegen war die Einwirkung auf die WR nicht zufriedenstellend. In einigen Fällen war er nach 16,0—36.0 negativ, in anderen noch nach 20,0—34,0 noch unverändert. An unangenehmen Nebenwirkungen wurden zweimal hämorrhagische Nephritis, einmal nach 4,0 ein sechs Tage anhaltendes masernartiges Erythem beobachtet.

„Albert 102" wurde 2—3mal wöchentlich in Dosen von 1,0—3,0 intravenös injiziert. Die klinischen Erscheinungen waren schon nach 1,0 beseitigt; dagegen war die

Digitized by Google

Einwirkung auf den Wassermann sehr schlecht; noch nach 6,3 war er positiv. An Nebenerscheinungen wurde nur einmal Fieber und Jahrisch-Herxheimersche Reaktion gesehen.

Bei Tripper wurden Azykal und Targesin probiert. Azykal klärte den Urin sehr rasch; in unkomplizierten Fällen war in 2—3 Wochen Heilung eingetreten. In Fällen mit Epididymitis oder Zystitis ging die Heilung nicht so rasch vor sich; in einigen Fällen waren noch nach 3—4 Wochen Gonokokken vorhanden und der Urin trüb. Die Dosis war: für Injektionen 1:10000, für Spülungen 1:20000, für Instillationen 1:3000, für Provokation 1:1000. Beschwerden machte das Präparat nur bei stärkeren Spülungen als die angegebenen.

Auch Targesin klärte den Urin bald, wenn auch nicht so rasch wie Azykal; Heilung in 3—4 Wochen. Auch gegen komplizierte Fälle war Targesin hartnäckiger; zweimal wurde endgültige Heilung durch Azykal erzielt. Dosis: für Injektionen 1%, für Spülungen 1:500, für Instillationen 3%, für Provokation 3%.

Neuendorff-Halle a. d. S.: Weitere Erfahrungen mit der Zervixdiathermie bei weiblicher Gonorrhoe nach Lindemann unter Anwendung der nach Neuendorff modifizierten Elektroden mit Temperaturkontrolle.

N. demonstriert seine modifizierten Lindemann-Elektroden zur Zervixdiathermie und berichtet kurz über seine weiteren guten Resultate mit der Methode, die jetzt eine genaue Temperaturkontrolle in der Zervix während des Betriebes gestattet.

Vörner-Leipzig: **Vorteile einer Primäraffektbehandlung.** Aluminiumazetat (100%iges Liqu.-alum.-acet.-Lanolinanhydrit) wirkt auf zweifelhafte Genitalveränderungen aufklärend, indem bei spezifischer Beteiligung sehr rasch eine ausgeprägte Sklerosierung eintritt. Geschlossene Sklerosen werden wie der gewöhnliche Primäraffekt stark nässend. Die regionäre Drüsenschwellung unterbleibt oder geht zurück. Die nach vollendeter Ausbildung der Sklerose eingesetzte Salvarsankur ist definitiv: keine klinischen oder serologischen Rezidive. Die lokale Behandlung erfordert etwa sechs Wochen; die Genitalerscheinungen verschwinden restlos mit der Überhäutung.

Vörner-Leipzig: **Verfahren zur Behandlung gewisser Hautkrankheiten.** Die subepitheliale horizontale Spaltung der Kutis in ihren tieferen Schichten, wodurch der die epithelialen Elemente tragende Teil von der ernährenden tieferen Gefäßschicht getrennt wird, erzielt ein schnelles und dauerndes Verschwinden der Veränderungen in Fällen von Gefäßektasien, Acne rosacea, Granuloma nasi und ähnliches; es genügt vielfach, schon die Ausgangsstellen der Veränderungen in dieser Weise zu behandeln, um die Rückbildung derselben auch an entfernteren, nicht unterminierten Stellen zu veranlassen.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Acta Dermatologica (Japan).

1925, Bd. 5, H. 1.

On the Change in Sweat Glands Following Ray Radiation (Über die Veränderung der Schweißdrüsen durch Röntgenbestrahlung), von Sh. Ishikawa, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 9. Versuche an drei Katzen. Am dritten und zehnten Tage nach der letzten Bestrahlung wurden Exzisionen vorgenommen. Zwei Tiere, die 9- und 14mal bestrahlt worden waren, zeigten keine nennenswerten Veränderungen. Dagegen bot das dritte Tier, das 93mal bestrahlt wurde, bemerkenswerte Veränderungen sowohl der Glomeruli wie der Ausführungsgänge der „endokrinen" Schweißdrüsen (Schiefferdecker); in der bestrahlten Zone waren alle Gänge völlig verschwunden, die wenigen erhaltenen Glomeruli stark atrophiert. Auch die „apokrinen" Drüsen waren größtenteils zerstört, doch konnten einige relativ normale festgestellt werden. Die „apokrinen" Drüsen scheinen also schlechter auf Röntgenbestrahlung anzusprechen. Die übrigen Gewebselemente der Haut erschienen unbeeinflußt.

Digitized by Google

On Experimental Re-Inoculation of Syphilis in Rabbits. II. Re-Inoculation Experiment in Syphilitic Rabbits. — „Superinfection" (Über experimentelle Reinokulation der Syphilis bei Kaninchen. II. Reinokulationsexperiment bei Kaninchen. — „Superinfektion"), von Y. Adachi, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 42. Nach den früher mitgeteilten Reinokulationsversuchen an salvarsanbehandelten Tieren werden nun solche an unbehandelten Tieren mitgeteilt. In der Frühperiode der Infektion wurden 12 Männchen intraskrotal geimpft. 3, 6, 9, 12, 15, 18, 23, 28, 33, 38 und 43 Tage nach der Entwicklung wurden die Schanker exzidiert, und subkutan wurde nun eine Emulsion des ersten Schankers in die andere Skrotalhälfte injiziert. Bis zu 18 Tagen nach ihrer Entwicklung exzidierte Schanker führten zu neuen Affekten; bei späterer Exzision versagte der Versuch. Die klinischen und bakteriologischen Befunde glichen völlig denen der ersten Infektion. Im fortgeschrittenen Stadium der Syphilis wurden 28 Männchen infiziert, 151—508 Tage nach der ersten Infektion; einige zeigten Erscheinungen, andere nicht. 7 von diesen Impfungen hatten positiven Erfolg. Es bildeten sich aber diesmal gangränöse Schanker mit mehr spärlichen Spirochäten. Die Erscheinungen glichen rupioiden Papeln oder Gummen. Es handelte sich zweifellos in beiden Versuchsanordnungen um „Superinfektion". Im Frühstadium der Syphilis scheint sie fast stets zu gelingen, in späteren Stadien nur ausnahmsweise. Der klinische Aspekt der „Superinfektion" hängt vom Stadium der bereits bestehenden syphilitischen Infektion ab.

Recklinghausensche Krankheit mit Naevus anaemicus, von S. Hidaka und T. Nakagawa-Osaka. S. 64. Bei einer 23jähr. Frau mit typischer Recklinghausenscher Krankheit findet man an Rumpf, Oberarm und Hals zahlreiche Naevi anaemici. Histologische Untersuchung zweier Nävi ergab unterhalb oder neben dem Nävus kleinste Fibrome.

M. Gumpert-Berlin.

The Urologic and Cutaneous Review.

Mai 1925, Bd. 29, Nr. 5.

The Treatment of Lichen Planus (Die Behandlung des Lichen planus), von N. Toomey-St. Louis, Mo. S. 255—260. Es besteht eine große klinische Ähnlichkeit zwischen Lichen planus und warzenartigen Erkrankungen (Verrucae planae juveniles, Verrucae laevae disseminatae). Die Krankheit kann sich ohne Behandlung längere Zeit in wechselndem Stande halten, zeigt dann Neigung zu Atrophien. Eine bestimmte Diät kann angezeigt sein, wenn die Kranken eine Idiosynkrasie gegen gewisse Proteinstoffe haben. Über die verschiedenen für die Behandlung empfohlenen physikalischen Methoden und Medikamente wird eine Übersicht gegeben und am meisten die Behandlung mit Quecksilber in Verbindung mit Röntgenstrahlen empfohlen.

Spinal Drainage in Treatment of Neuro-Syphilis (Drainage des Lumbalsackes bei der Behandlung der Syphilis), von Ch. E. Allen-Albany, N. Y. S. 260—261. Eine Stunde nach einer intravenösen Salvarsaneinspritzung wird eine Lumbalpunktion gemacht und langsam so viel Flüssigkeit abgelassen, bis der Druck beinahe auf Null gesunken ist. Auf diese Weise werden zehn Einspritzungen in wöchentlichen Zwischenpausen verabfolgt. Danach zwölf Quecksilbereinspritzungen. Schnelles Schwinden der irritativen Erscheinungen; Veränderung des serologischen Befundes nicht so schnell. Bei älteren Fällen sind die Erfolge nicht ebenso ermutigend; doch zeigt sich auch ein Stillstand in den zerstörenden Prozessen und zuweilen auch entschiedene Besserung. Die Methode bietet die kombinierten Vorteile aller anderen intraspinalen Behandlungsmethoden; sie ist leicht, auch ambulant ausführbar und frei von stärkeren Reaktionen.

A New Principle of Colloidal Metallic Compounds in the Treatment of Syphilis in the Different Stages of the Disease (Ein neues Prinzip kolloidaler metallischer Verbindungen bei der Behandlung der Syphilis in den verschiedenen Stadien dieser Krankheit), von F. Behring und A. Hemmesheimer-Essen. S. 261—265. Die Verbindung von kolloidalem Wismut und Arsen erwies sich als gut verträglich; Nebenwirkungen gering, gute Beeinflussung aller Syphilissymptome einschließlich der WR. Die Kombination kann intramuskulär oder intravenös gegeben werden; sie ist auch geeignet für die Abortivbehandlung.

Impotency (Impotenz), von I. M. Altshuler-Detroit, Mich. S. 265—269. Impotenz ist das Resultat der Disharmonie zwischen den angeborenen und den erworbenen Reflexen. Eine gesunde Potenz muß frei von allen Hinderungen sein. Jeder Koitus bereitet dem Manne das Gefühl von Selbstvertrauen und Kraft; die ungenügende Potenz

Digitized by Google

hingegen wirkt entmutigend und deprimierend. Die Fälle von Impotenz würden nicht so häufig sein, wenn jeder Koitus und jede Ehe einzig auf Liebe beruhen würde. Onanie, Coitus interruptus und reservatus wirken begünstigend auf die Entstehung der Impotenz ein. Die Prognose ist nicht schlecht; vor der Anwendung der Aphrodisiaka ist zu warnen und psychische Behandlung zu empfehlen.

Teaching of Urology to Interns (Urologische Regeln für Praktikanten), von R. V. Day und H. W. Martin-Los Angeles, Kal. S. 269—272.

Case Histories in Dermatology (Dermatologie an der Hand von Fällen), von J. H. Bliasdell. (Fortsetzung.) S. 272—276. Vitiligo. Molluscum contagiosum. Xanthom. Keloid. (Wird fortgesetzt.)

Anatomy of the Terminal Portions of the Genito-Urinary Tract (Anatomie der Endteile des Harn-Genitaltraktus), von H. B. Strull. S. 276—278. Nichts Neues.

Physiology of the Lower Genito-Urinary Tract (Physiologie der unteren Abschnitte des Harn-Genitaltraktus), von C. L. Eddleman-Louisville, Kentucky. S. 278—281. Nichts Neues.

Acute Anterior Gonorrheal Urethritis (Akute Gonorrhoea anterior), von J. O. Knight-Louisville, Kentucky. S. 281—282. Nichts Neues. Höchstens 10% der Pat. kommen in diesem Stadium zur Behandlung.

Gonorrhea of Posterior Urethra and Seminal Vesicles (Tripper der hinteren Harnröhre und der Samenblasen), von E. R. Palmer-Louisville, Kentucky. S. 282—283. Nichts Besonderes. Die Anwendung von Kal. permangan. im akuten Stadium der Posterior (ebenso auch der Anterior) wird widerraten; besser ist heißes Wasser.

Gonorrhea of the Prostate (Tripper der Prostata), von Ch. W. Jefferson-Louisville, Kentucky. S. 283—285. Nichts Besonderes.

Gonorrhea of the Epididymis (Tripper des Nebenhodens), von O. Grant-Louisville, Kentucky. S. 285—286. Ausgezeichnete Erfolge der Behandlung mit Diathermie.

General Observations on Gonorrhea (Allgemeine Betrachtungen über Gonorrhoe), von H. J. Fahrbach-Louisville, Kentucky. S. 286—288. Nichts Besonderes.

E. Levin-Berlin.

The American Journal of Syphilis.

1925, Bd. 9, Nr. 1.

On the Treatment of Syphilis of the Aorta (Über die Behandlung der Aortensyphilis), von H. Schottmüller-Hamburg. S. 1. In einer ausführlichen klinischen Besprechung teilt der Verf. die Aortensyphilis ein in eine Aortitis supracoronaria, in eine Aortitis coronaria und in eine Aortitis valvularis. Die dritte Form tritt selten ohne begleitende Aortenerkrankungen auf. Die Frühdiagnose ist oft sehr schwierig, da röntgenologisch noch keine Veränderungen sichtbar sind und der physikalische Befund negativ ist und auch der Wassermann oft versagt. An Hand von sechs Fällen, deren Erscheinungen zum Teil vorgeschritten waren, wird die oft heilende Wirkung der Frühbehandlung erläutert. Gesondert wird die Aortitis aneurysmatica besprochen. Verf. fordert auch hier rechtzeitige ausgiebige Behandlung, die, wie einige Fälle beweisen, eine wesentliche Besserung herbeiführen kann. Behandelt wurde sowohl mit Schwermetallen wie auch mit Salvarsan. Die Salvarsandosen liegen zwischen 0,45 und 0,6 und werden wöchentlich verabreicht.

Quantitative Studies in Syphilis from a Clinical and Biological Point of View. XVI. Localization and Fate of Sulpharsphenamine in the Viscera and its Penetration into the Central Nervous System after Intravenous Administration in Rats (Quantitative Studien bei Syphilis vom klinischen und biologischen Gesichtspunkt. XVI. Lokalisation und Schicksal des Sulfarsphenamins in den Eingeweiden und sein Eindringen in das Zentralnervensystems nach intravenöser Applikation bei Ratten), von J. A. Fordyce, I. Rosen und C. N. Myers-New York. S. 18. Sulfarsphenamin ist identisch mit dem Sulfarsenol der Franzosen. Die große Bedeutung des Mittels liegt darin, daß es ohne Beschwerden subkutan oder intramuskulär vertragen wird. Viele Autoren halten das Präparat für ebenso wirksam wie das Neosalvarsan und halten es für weniger toxisch. Von toxischen Wirkungen ist besonders die Purpura haemorrhagica zu erwähnen. Im übrigen ergibt eine eingehende Literaturübersicht, daß das Mittel sowohl auf die Erscheinungen wie auch auf den serologischen Befund schwächer als Neosalvarsan wirkt. Zur weiteren Prüfung des Medikaments haben die Autoren

Digitized by Google

eine große Reihe von Tierversuchen angestellt. Aus einer großen Reihe von Tabellen ist der Verlauf und das Ergebnis der einzelnen Untersuchungen ersichtlich. Zusammengefaßt kann gesagt werden, daß Sulfarsphenamin $2^1/_2$ mal weniger therapeutisch wirksam ist als Neosalvarsan. Auch konnte keine besondere Wirksamkeit des Mittels auf das Zentralnervensystem festgestellt werden.

The Toxicity of Arsphenamine (Die Giftigkeit des Arsphenamins), von C. N. Myers und H. B. Corbitt-New York. S. 71. Klagen über die schlechte Verträglichkeit des Medikaments haben die Verff. zu den genauen Toxizitätsprüfungen veranlaßt. Eine Reihe von früheren ähnlichen Untersuchungen enthalten Irrtümer, die die Verf. gleichzeitig berichtigen wollen. Es wird betont, daß für die Feststellung der Toxizität der Zustand der Ratten, Größe, Schwangerschaft, Ernährung und Unterbringung von größter Bedeutung ist. Des weiteren sind Erhitzen der Lösung, zu geringer Alkalizusatz und endlich rasche intravenöse Injektion Komponenten, die die Giftigkeit erhöhen. Es folgen des weiteren Zusammenstellungen über die Erfahrungen früherer Autoren; ein Bericht über die eigentlichen Versuche folgt.

The Diagnosis of Primary Syphilis by Culture (Die Diagnose der primären Syphilis durch Kultur), von F. G. Harrison-Philadelphia. S. 81. Verf. hat bei 24 Primäraffekten mit positivem Spirochätenbefund Kulturen mit einem exzidierten Teil des Primäraffektes in Pferdeserum angelegt. In 11 Fällen ist die Kultur gelungen. Selbst in einigen bereits lokal vorbehandelten Fällen gelang sie.

Syphilitic Ulcer of the Small Intestine (Über syphilitische Darmgeschwüre), von T. F. Riggs-Pierre. S. 87. Mit Rücksicht auf die Seltenheit der syphilitischen Darmerkrankung berichtet der Verf. ausführlich über folgenden Fall. Die Anamnese des 68jähr. Pat. bietet nichts Besonderes; auch venerische Infektion wurde negiert. Der Kranke erkrankte plötzlich mit Schmerzen im Epigastrium, die über Nacht sehr an Stärke zunahmen. Die röntgenologische Untersuchung ergab eine Kolonstriktur. Bei der Operation fand sich eine große Drüsenmasse im oberen Mesenterium und ein Ulkus im Jejunum. Aussehen des Ulkus und mikroskopischer Befund machten die Diagnose Lues wahrscheinlich. Unter intensiver antiluischer Therapie erfolgte Besserung; der Kranke verließ das Hospital arbeitsfähig. Ein Jahr später trat Ileus auf; da der Pat. 7 Tage mit der Aufnahme wartete, Exitus. Besonders interessant war bei der Autopsie der völlige Rückgang der Drüsenpakete.

The Need for Caution in the Diagnosis of Hutchinsons Teeth (Vorsicht bei der Diagnose von Hutchinson-Zähnen), von I. C. Sutton-Hollywood, Kalif. S. 94. Bericht über eine an Lues II erkrankte Negerin, bei der die Anamnese ergab, daß sie einige Zeit vorher wegen Lues congenita behandelt worden war. Die Behandlung war nur wegen der dem Arzt verdächtigen Zähne durchgeführt worden. Eine Aufnahme charakterisiert deutlich, daß es sich um ganz atypische Einkerbungen handelt.

Juvenile Paresis (Jugendliche Paralyse), von Ch. Rosenheck-New York. S. 96. Nach den Feststellungen des Verf. ist die jugendliche Paralyse häufiger, als im allgemeinen angenommen wird. Zwei eigene Beobachtungen werden berichtet. R. ist der Ansicht, daß ein Teil der Fälle als Formes frustes auftreten und irrtümlicherweise in die neuro-luische Form eingereiht werden. Die Erkrankung verläuft bei den Kindern sehr selten so typisch wie bei den Erwachsenen, was auf die unvollständige Entwicklung des Gehirns zurückzuführen ist. Zwei Hauptsymptome sind jedoch immer vorhanden: das vollständige Fehlen von Größenideen und frühzeitige und fortschreitende Entartung.

Condylomata lata of Syphilis (Breite Kondylome bei Syphilis), von H. Goodman-New York. S. 101. Eine Reihe typischer Aufnahmen von breiten Kondylomen.

Symptom Analysis in Paretic Neurosyphilis (Symptomanalyse bei paralytischer Neurosyphilis), von K. A. Menninger und W. C. Menninger-Topeca. S. 104. Es wurden 166 Fälle beobachtet, bei denen bemerkenswert war, daß im allgemeinen die geistigen Störungen bei den Nervösen auftraten und der Grund zur Unterbringung im Krankenhause waren. Von den geistigen Störungen sind Gefühlsstörungen häufig die Anfangssymptome und intellektuelle Störungen die häufigsten Krankenhauserscheinungen. Sensorische Störungen sind meistens der Anfang der nervösen Veränderungen; Konvulsion und Ataxie treten selten im Anfang auf.

Rupial Eruptions: A Case of Unusual Size and Distribution (Rupia: Ein Fall von ungewöhnlicher Größe und Verteilung), von A. R. Fraser-Kapstadt. S. 113. Die Erkrankung betraf einen Malaien, der im Februar 1924 Lues und Tripper akquiriert hatte. Schon im März begann, von einem Ulkus in der Nabelgegend ausgehend sich über die rechte Oberbauchseite, die rechte Brust und einen großen Teil des Rückens verbreitend,

Digitized by Google

eine Rupia syphilitica zu verbreiten. Zwei Bilder und einige Skizzen verdeutlichen die große Ausbreitung.

The Wassermann Test. VI. The Influence of Race and Nationality upon Routine Wassermann Tests in a Maternity Hospital (Der Einfluß von Rasse und Nationalität auf das Ergebnis der Wassermannuntersuchungen in einer geburtshilflichen Klinik), von D. L. Belding und I. L. Hunter-Boston. S. 119. Die Technik der Untersuchung ist bereits in früheren Kapiteln beschrieben worden, und das Ergebnis läßt sich folgendermaßen zusammenfassen: Der Prozentsatz der positiven Ergebnisse lag für die graviden Negerinnen am höchsten mit 16%, dann mit 9,4% für die Amerikanerinnen und am niedrigsten mit 7,7% für die russischen Jüdinnen. Besondere Statistiken ergaben den niedrigsten Prozentsatz für die kaufmännisch tätigen Amerikanerinnen. Für die im Haushalt beschäftigten Negerinnen war der Prozentsatz niedriger als für die Fabrikarbeiterinnen.

The Wassermann Test. VII. The Blood Serum of Pregnant Women (Die Wassermannsche Reaktion. Das Blutserum von graviden Frauen), von D. L. Belding-Boston. S. 132. In Anbetracht der verschiedenen Untersuchungsergebnisse bei Graviden hat der Verf. die verschiedensten Serien zur Untersuchung benutzt, d. h. gewöhnliches Venenblut, Retroplazentarblut und Nabelvenenblut. Das Nabelvenenblut war seltener positiv als das mütterliche Blut, ungefähr in einem Drittel der positiven mütterlichen Fälle. Positives Nabelblut ist kein Kriterium für die künftige Reaktion beim Kinde. Antikomplentäre Sera wurden achtmal so oft gefunden als bei sonstigen Krankenhauspatienten. Diese Tatsache wird aus der größeren Beeinflußbarkeit des Serums gravider Frauen durch äußere Einflüsse erklärt.

The Effect of Varying Methods and Periods of Primary Incubation upon Kolmer's Quantitative Complement-Fixation Test for Syphilis (Die Wirkung verschiedener Methoden und Zeiten der ersten Aufbewahrung auf den Ausfall der Kolmerschen Komplementbindungsreaktionen), von R. A. Kilduffe und R. Thompson. S. 149. Versuche an 300 Sera. Zunächst wurde das Gemisch in den Eisschrank bei 6—10° C gestellt, sodann weitere Versuche 4 Stunden in einem Eissalzbad bei 6—10° C und endlich die Originalmethoden Kolmers, die den Ablauf der Reaktion nach 16—20 Stunden im Eisschrank beobachtet. Am besten erwies sich die Originalmethode, indem sie am meisten positive Resultate ergab.

The Importance of the Positive Fluctuation in the Serodiagnosis of Primary Syphilis (Die Wichtigkeit der positiven Schwankung bei der Serodiagnose der primären Syphilis), von E. Ahlswede-Hamburg. S. 155. Es ist schon oft beobachtet worden, daß eine frühzeitige Behandlung von Primäraffekten unterlassen wurde, weil die angestellte WR negativ ausfiel. Absicht des Verf. ist es, eine möglichst frühzeitige positive Reaktion zu beziehen. Er hat deshalb mit einem Zusatz von Kochsalzlösung, die 0,25% Karbolsäure enthielt, gearbeitet, um die Entdeckung auszunutzen, daß Salzsäure in geeigneten Konzentrationen den Wassermann im positiven Sinne beeinflußt.

The Results of Complement-Fixation Tests for Syphilis Made on 1638 Cerebrospinal Fluids (Die Ergebnisse von Komplement-Fixationsuntersuchungen bei Syphilis, ausgeführt bei 1638 Liquora), von G. Gilbert und A. C. Moore-New York. S. 160. Die Ergebnisse der Untersuchung weisen in hohem Maße Beziehungen zum klinischen Befunde auf. Kein einziger sicherer negativer Fall gab einwandfrei Fixation. Die zur Untersuchung nötige Flüssigkeitsmenge betrug 0,2 ccm. Eine besondere Beziehung zwischen Komplementfixation im Liquor und erhöhtem Globulingehalt und erhöhter Zellenzahl war nicht nachweisbar.

What should Constitute the Most Logical and the Standard Wassermann Technic with Nonspecific Antigens? (Wie führt man am besten die WR mit unspezifischen Antigenen aus?), von A. J. Hinkleman-Oklahoma. S. 173. Unter Heranziehung ausführlicher Literaturangaben verlangt der Verf., daß das Patientenserum mit Antigenen von verschiedener Stärke oder zumindesten verschiedener Menge austestiert wird. Bei der Technik müssen verschiedene Mengen von Serum mit einer fixierten Menge von Antigenen angewendet werden.

Treponema Pallida Antigens in the Wassermann Reaction (Spirochaeta-pallida-Antigene bei der Wassermann-Reaktion), von A. J. Hinkleman-Oklahoma. S. 181. Eine größere Reihe von Versuchen über die beste Methode zur Anstellung der WR mit spezifischem Antigen. Es ergab sich, daß die Reaktion innerhalb vier Stunden im Eisschrank bei Anwendung von Spirochaeta-pallida-Antigen einen feineren und beständigeren Nachweis der Syphilis darstellt als die WR mit unspezifischen Antigenen. E. Rosenbaum-Berlin.

Digitized by Google

The British Journal of Dermatology and Syphilis.

1925, Bd. 37, Nr. 5.

Some Observations on the Fractional Method of Gastric Analysis in Diseases of the Skin (Einige Beobachtungen über die fraktionierte Methode der Magenuntersuchung bei Hautkrankheiten), von W. H. Brown-Glasgow. S. 213. Magenkrankheiten spielen, direkt oder indirekt, eine wichtige Rolle als kausaler Faktor in der Ätiologie der Hauteruptionen, welche im allgemeinen als toxische Erscheinung, als das Resultat einer noch nicht genau festgestellten Störung des Verdauungsprozesses erklärt werden. Die sogenannte fraktionierte Methode der Magenuntersuchung hat vor der Ewaldschen 1-Stunde-Methode den Vorteil größerer Annehmlichkeit (dünnere Magensonde) für den Pat., die Möglichkeit, die motorischen und sekretorischen Magenvorgänge während des ganzen Verdauungsprozesses und die Restflüssigkeit eines nüchternen Magens chemisch und bakterlologisch zu untersuchen. Bei Acne rosacea ergab sich: ausgesprochene Hypochlorhydrie in 30%, geringgradigere in weiteren 26% aller (50) Fälle. Die Magenuntersuchung bei 50 Fällen anderer Dermatosen, und zwar der verschiedensten Art, ergab übermäßige Säurebildung (Hyperchlorhydrie) als vorherrschend (12) bei akuten, ausgebreiteten Fällen, wie Dermatitis exfoliativa, Psoriasis, Dermatitis eczematoides; in 6 der Fälle war vollständiger Säuremangel (Achlorhydrie) vorhanden. Sowohl bei letzteren wie in einigen Fällen hochgradiger Hyperchlorhydrie waren auffallenderweise keine gastrischen Symptome vorhanden.

Comments on a Further Case of Acute Primary Lupus Erythematosus (Bemerkungen zu einem weiteren Fall von akutem primärem Lupus erythematosus), von G. Pernet-London. S. 227. Der Fall betraf eine 23jähr. Frau, welche vor zwei Monaten in charakteristischer Weise mit dem Beginn an der Nase und schmetterlingsartiger Ausbreitung über beide Gesichtshälften, ferner über die Brust erkrankte. Die Fingerenden sind befallen und schmerzhaft, die Fingergelenke geschwollen; unter dem Kinn allgemeine Drüsenschwellung. Eiweiß im Urin, allgemeine Schwäche, Unbehagen, Fieber (bis 39°); nach verschiedenen Schwankungen im Lokal- wie Allgemeinbefinden trat nach drei Monaten der Tod infolge eines heftigen Anfalles von Kolitis ein. Von insgesamt zehn Fällen dieser Art, welche P. sammelte, betraf nur einer ein männliches Individum; das Alter war zwischen 15 und 32 Jahren. Nur ein einziger Fall (eine Frau) kam mit dem Leben davon; die Dauer des Leidens war $1^1/_2$—$7^1/_2$ Monate. Die Terminalkrankheit — akute schwere Kolitis — führt P. auf die schwere Intoxikation zurück, von der Pat. befallen war. Ätiologisch konnte nichts ermittelt werden — Autopsie wurde nicht vorgenommen —; zweifelhaft ist immerhin, ob die Halsdrüsenschwellung tuberkulöser Natur war. Die Behandlung erwies sich als machtlos, wenn auch der Versuch mit Antistreptokokkenserum zeitweise Besserung zu bringen schien. Hervorzuheben sind der polymorphe Charakter der Hauterscheinungen und die schweren Allgemeinsymptome des akuten primären Lupus erythematosus, früher auch Erysipelas perstans faciei zuweilen benannt.

Fatal Case of Lupus Erythematosus, with Postmortem (Tödlicher Fall von Lupus erythematosus mit Sektionsbefund), von R. Gibson-Manchester. S. 232. 29jähr. Mann zeigte ausgedehnte erythematöse Eruption an Nase, Wangen, Ohren und oberem Teile des Nackens, die ungefähr vor zwei Monaten begonnen hatte. Außerdem war in letzter Zeit noch Ulzeration an allen (den zwei Endphalangen) Fingern aufgetreten, die auf Druck empfindlich, aber sonst nicht schmerzhaft waren. WR negativ. Mandelentzündung linkerseits. Der Fall wurde als septische Toxämie, die von letzterer ausging, betrachtet. Reinkulturen aus den Mandeln ergab 95% Streptokokkenwachstum. Der Allgemeinzustand wurde immer schlechter; Antistreptokokkenserum, mehrmals gegeben, brachte nur vorübergehend Besserung, und Pat. starb etwa drei Wochen nach Beginn der Behandlung. Bei der Sektion waren die typischen Erscheinungen von Septikämie, keine Zeichen von Tuberkulose vorhanden. Das Hauptinteresse an dem Falle beruht in dem Verschwinden von vorher bestandenen Gelenkschmerzen mit dem Auftreten der Hauteruption und der Züchtung einer fast reinen Streptokokkenkultur aus den Tonsillen — was mit einem anderen, von Barber veröffentlichten ähnlichen Fall übereinstimmt.

A Case of Keratodermia Blennorrhagica (Ein Fall von blennorrhoischer Keratodermie), von E. A. Smith. S. 234. Der Fall ist wegen der außerordentlichen Seltenheit dieser Tripperkomplikationen unter den Tamilen (Malayischen Staaten) von Wichtigkeit. Wie die beigegebene Photographie zeigt, war die Keratodermie beinahe über den ganzen

Digitized by Google

Körper, besonders ausgeprägt die Extremitäten, bei dem 33jähr. Tamilen, der angab, 8—9 Jahre vorher eine Blennorrhoe durchgemacht zu haben, vorhanden. An den Fußsohlen war der Zustand bis nodulärer Keratosis gesteigert. Des Pat. Allgemeinzustand ist sehr schlecht; allgemeine Schwäche, chronische Urethritis, Iritis und Keratitis beider Augen, Schmerzen in den Gelenken, Erscheinungen toxischer Myokarditis.

M. Stern-München.

Annales des Maladies Vénériennes.

Mai 1925, Jahrg. 20, Nr. 5.

Dermite livédoide et gangréneuse de la fesse, consécutive aux injections intra-musculaires, dans la syphilis. A propos d'un cas d'embolie artérielle bismuthique (Livide und gangränöse Dermatitis des Gesäßes im Anschluß an intramuskuläre Einspritzungen bei Syphilis. Über einen Fall von arterieller Wismutembolie), von S. Nicolau-Bukarest. Im Anschluß an eine unter den üblichen Vorsichtsmaßregeln ausgeführte Einspritzung eines unlöslichen Wismutsalzes (Jodobismuthol) trat plötzlich ein äußerst heftiger Schmerz im Gesäß auf. Die Hinterbacke schwoll erheblich an; auf ihrer Haut traten in weiter Ausdehnung bläuliche Flecken auf, während ihr äußeres Drittel von einem zwar oberflächlichen, aber ausgebreiteten Schorf eingenommen war, der sich nach etwa vier Wochen abstieß, ohne weitere Störungen gemacht zu haben. Die pathologische Untersuchung eines exzidierten Hautstückchens ergab, daß einige Hautarterien von einer festen Masse ausgefüllt waren, die aus einer großen Anzahl prismatischer Kristalle bestand; diese erwiesen sich als Wismut. Zur Vermeidung derartiger arterieller Embolien hält es Verf. für notwendig, nach dem Einstechen mit einer leeren Spritze zu aspirieren, um sicher zu sein, daß die Kanüle nicht in einer Arterie liegt.

Le traitement mixte de l'arthrite blennorrhagique (Die kombinierte Behandlung der blennorrhoischen Arthritis), von B. Saad-Beiruth. Verf. geht außerordentlich aktiv vor: außer der selbstverständlichen Ruhigstellung des Gliedes und Behandlung mit feuchten Verbänden und den üblichen Salben verfährt er folgendermaßen: Handelt es sich um ein Hydarthros, so wird das Gelenk punktiert und von der so gewonnenen serös-eitrigen Flüssigkeit 10 ccm wieder subkutan eingespritzt. Außerdem bekommt der Kranke entweder kombinierte Injektionen oder miteinander abwechselnde von Antimeningokokkenserum, Sulfarsenol und Néo-Dmégon. Und zwar erhält er fünf Spritzen Antimeningokokkenserum zu je 20 ccm, sieben Sulfarsenoleinspritzungen und zwölf Injektionen von Néo-Dmégon.

Contribution à la discussion des anomalies objectives et sérologiques de la syphilis (Beitrag zur Frage der klinischen und serologischen Abweichungen der Syphilis), von B. Sparacio-Rom. Kleine Exkoriation am Präputium; keine Spirochäten. WR negativ. Nach zwei Monaten WR und MR immer noch negativ. Einige Tage später erscheint eine ausgedehnte Roseola an den Gliedmaßen, und zwar an ihren Streckseiten und am Rücken, wo sie jedoch scharf mit der Axillarlinie abschneidet. Auf 0,15 Neosalvarsan beginnt das Exanthem zurückzugehen; nach zwei Neosalvarsaninjektionen sind WR sowohl als auch MR immer noch negativ.

Gommes syphilitiques lipomateuses (2. note). Resorption complète de la lipomatose périgommeuse (Syphilitische lipomatöse Gummata [2. Beitrag]. Vollständige Resorption der perigummösen Lipomatosis), von H. Gougerot. Schilderung eines zweiten Falles einer Geschwulst, die zunächst als gewöhnliches Lipom imponierte, dann aber im Verlauf der antiluetischen Behandlung vollkommen sich zurückbildete.

F. Landauer-Berlin.

Bücherbesprechungen.

Anaphylaxis and Sensitisation With Special Reference to the Skin and its Diseases, von R. Cranston Low, Lektor für Hautkrankheiten an der Universität und Assistenzarzt an der Hautabt. der Kgl. Klinik in Edinburg. Mit 16 farbigen Tafeln und 7 photographischen Illustrationen. (W. Green and Son Ltd., Edinburg 1924.) Ein originelles und zeitgemäßes Werk aus der Schule Norman Walkers. Ursprünglich eine preisgekrönte Doktordissertation, hat der Verf. seine eigenen experimentellen Studien zu

Digitized by Google

einem lehrbuchartigen Sammelreferat über alles das, was über die Erscheinungen der Anaphylaxie und Sensibilisation der Haut in der Literatur niedergelegt ist. Das erste Kapitel behandelt die Grundbegriffe und die Anaphylaxie im allgemeinen, von Richet und Pirquet angefangen bis auf Dörr und den neuesten Stand der Wissenschaft. Es ist dem Verf. besonders gut geglückt, in diesem schwierigsten Kapitel dem Leser klar die sich widersprechenden Theorien und die sich zum Teil widersprechenden Tatsachen, auf welche diese Theorien sich stützen, vor Augen zu führen. Von den Tierversuchen geht Verf. zu den anaphylaktoiden Zuständen beim Menschen über. Das ungeheure Material hat der Verf. in 16 Kapitel angeordnet. Sehr übersichtlich beginnt jedes Kapitel mit einem Referat über das vorhandene Tatsachenmaterial, es folgt die kritische Besprechung und es endet mit einem kurzen Resumé. So werden nacheinander abgehandelt Serumkrankheit, Urtikaria, angioneurotische Ödeme, Arzneiexantheme, die verschiedenen Erytheme und bullösen Dermatitiden, Sensibilisation bei Tuberkulose, bei Syphilis und bei den Dermatomykosen und die Dermatitiden aus äußerer Ursache, wie Dermatitis venenata auf pflanzliche, tierische oder chemische Reize. Einer der interessantesten Abschnitte ist der über die persönliche Erfahrung des Verf. über Trichophytide und Mikrosporide. L. hat die englische, amerikanische, französische und deutsche Literatur gleichmäßig gut durchgearbeitet und auf 300 Textseiten referiert. Das Buch schließt mit einem 75 Seiten langen Literaturverzeichnis. K. Unna-Bergedorf.

Die Syphilis im Lichte neuer experimentell-biologischer und immuntherapeutischer Untersuchungen, von S. Bergel. (Verlag G. Fischer, Jena 1925.) Jahrelange Forschungen und experimentelle Untersuchungen haben den Verf. zu neuen Ergebnissen in der Erkenntnis des syphilitischen Krankheitsbildes sowohl in klinischer wie auch serologischer und pathologischer Richtung geführt. Vieles in seinen Gedankengängen, besonders auf immun-therapeutischem Gebiete, ist freilich noch rein hypothetischer Natur. Aber dieses macht das Buch um so wertvoller, da der Forschung hier manche neue Wege gezeigt und angedeutet werden, und da viele interessante Probleme angeschnitten und zur Diskussion gestellt werden, von denen als Beispiel nur des Verf. Anschauungen von dem Zustandekommen der Paralyse hervorgehoben seien, bei der er zwar in erster Linie die vollwertige Spirochäte als ätiologisch ansieht, aber den Gedanken ausspricht, daß wohl noch eine Reihe anderer Momente, die er näher bespricht, gleichwertig resp. unbedingt notwendig zum Zustandekommen des paralytischen Krankheitsbildes seien. Den Mittelpunkt in diesem Buche nehmen die Gedankengänge des Verf. ein, die er auch schon zum Teil in ähnlicher Weise an anderer Stelle, z. B. in seiner Abhandlung „Die Lymphozytose" ausgesprochen hat. Er rechnet die Lues zu jenen Krankheitsgruppen (Lues, Tuberkulose, Lepra), deren charakteristisches Merkmal es ist, daß ihre Erreger lipoidhaltig sind. Diesen lipoiden Antigenen gegenüber reagiert der Organismus mit seinem lymphatischen Apparat und produziert allgemein als Schutz und Abwehr gegen die Erkrankung Lymphozyteninfiltrate und Depots, die durch ihre lipolytische Kraft fermentativ die Spirochäten mit ihren lipoiden Hüllensubstanzen auflösen und zerstören sollen. Auch die WR wird durch ein derartiges lipolytisches spezifisches Ferment hervorgerufen. Interessant ist es, daß Verf. auf dem Boden dieser seiner Theorien zu der Anschauung kommt, daß in vielen Fällen an und für sich die positive WR nicht ungünstig zu deuten sei, da sie nur die kräftige Abwehr des Organismus durch die Bildung lipolytischer, i. e. Spirochäten vernichtender Fermente anzeige. Einen großen Raum nehmen innerhalb der Arbeit die Auseinandersetzungen über die experimentellen Kaninchenversuche ein, in denen er unter anderem zu dem wichtigen Endergebnis kommt, daß auch die Kaninchensyphilis, wie auch die akquirierte Lues des Menschen, schon frühzeitig die Gestalt einer Allgemeinerkrankung annimmt. Die Versuche des Verf., auf immun-therapeutischem Wege die Lues zu heilen, sind in ihrem experimentellen Teil sehr interessant und wert weiter ausgebaut zu werden, für die Klinik kommen sie aber vorläufig kaum in Frage. Entsprechend seiner Einstellung, daß es sich in der Therapie der Lues darum handelt, entweder es zu ermöglichen von vornherein die Spirochäten sämtlich zu vernichten, oder aber den Kampf der lipolytischen Lymphozyten gegen die lipoiden Antigene zu unterstützen, geht er auf die verschiedenen Therapeutika ein und setzt seine Anschauungen über den Wert der antiluetischen Behandlung und über die Selbstheilungsmöglichkeiten auseinander. Ausgezeichnete Reproduktionen demonstrieren die experimentellen Untersuchungen des Verf. Jeder, der sich ernsthaft mit der Biologie der Lues und insbesonders der Spirochäten beschäftigt, wird mit Interesse das Buch lesen und wohl manchen neuen und weiter verfolgbaren Gedankengang daraus entnehmen. E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Osteitis pianique „Goundou" (Framboetische Ostitis „Gundu"), von B. Roussel. (Collect. de la Soc. de path. exoth., Paris 1925.) Eine vortreffliche, 129 Seiten umfassende, mit 89 Bildern reich illustrierte Abhandlung über die als „Gundu" bekannte tumorartige Erkrankung des Nasenknochens der Eingeborenen Afrikas nach Beobachtung von 130 Fällen an der Elfenbeinküste. Davon wurden 113 operiert, und dem Erfolg der chirurgischen Intervention verdankt der Verf. die große Anzahl seiner Fälle; denn die Krankheit ist verhältnismäßig selten. In den ersten 4 Jahren seines Aufenthaltes in Afrika hatte der Verf. nur einen einzigen Fall gesehen. Doch im letzten Jahre, nachdem die Kunde seiner chirurgischen Erfolge sich verbreitet hatte, pilgerten aus allen Gegenden des Landes die vielen Gundukranken zu ihm. Aus seinen Beobachtungen ist der Verf. zu der Überzeugung gekommen, daß der Gundu keine ausschließliche und selbständige Krankheit des Nasenknochens ist, sondern eine auch bei anderen Knochen oft vorkommende Späterscheinung der Framboesie (framboetische Ostitis). Die Krankheit ist nicht auf die Eingeborenen des afrikanischen Kontinents beschränkt, sondern wurde auch bei anderen Rassen und in anderen Weltteilen beobachtet. Zuerst wurde die Erkrankung in Afrika von Mc Alister 1882, dann von Lamprey 1887, in Asien von Graham 1900, in Westindien von Strachan 1894, von Pacheco Mendes in Brasilien 1901 beschrieben. Andere Bezeichnungen der Krankheit sind: anakhré (n'guakué), fongbo, n'goké, longo, tupakié, niepapolu, nukru, keté und henpuye. Der Grund, weshalb der Verf. alle anderen unbewiesenen Theorien über die Pathogenese des Gundu ablehnt und die Krankheit als eine framboetische Ostitis aufweist, liegt in der Feststellung, daß bei 103 von seinen 130 Fällen ein Zusammenhang mit Framboesie hat nachgewiesen werden können (bei 25 Fällen war jede Anamnese unmöglich). Die Krankheit hatte sich während (64 Fälle) oder bald nach (34 Fälle) oder später (5 Fälle), aber niemals vor der Framboesieerkrankung entwickelt. Die Gundukranken erwiesen sich gegen eine experimentelle Infektion mit Framboesie als immun. Bezüglich der Lokalisation der Krankheit wurden bei 121 Kranken paranasale Tumoren, davon 13 einseitig und 108 doppelseitig, gefunden, bei 27 außerdem andere Ostitisherde am Oberkiefer, bei 16 außerdem Erkrankung des Unterkiefers, bei 1 des Jochbeines, bei 2 des Schädels, bei 69 der Tibia, bei 5 des Peroneus, bei 4 des Femurs, bei 5 des Kubitus und Radius, bei 3 des Schlüsselbeins, bei 2 des Humerus und bei 1 der Phalangen. Bei 48 Fällen war ausschließlich die Nase erkrankt, bei 65 dagegen waren auch andere Knochen befallen. Bei 10 Fällen fehlten die Nasentumoren oder stellten sich erst nach anderen Hyperostosen der Gesichtsknochen ein, und bei 7 Fällen fehlten die Gesichtsläsionen bei Erkrankung der Röhrenknochen. Bei einem Kinde wurde die im sechsten Monat der Framboesieerkrankung erschienene Ostitis durch Novarsenobenzol geheilt wie die Hauteffloreszenzen. Die ausgebildeten Hyperostosen und Tumoren bilden sich aber weder von selbst oder noch nach spezifischer Behandlung zurück. Man kann aber von einer spontanen Heilung des Prozesses sprechen, wenn die Läsionen nicht mehr fortschreiten, keine Schmerzen mehr verursachen und nur als Überbleibsel der abgelaufenen Krankheit fortbestehen. Die Hyperostosen sind keine echten Tumoren, sondern nur entzündliche Hyperplasien der Knochensubstanz, mit Veränderungen der Trabekeln und des Markes, die mit der syphilitischen Ostitis (Leontiasis ossea) vergleichbar sind, was angesichts der Verwandtschaft von Lues und Framboesie als ein Beweis mehr für die framboetische Natur der Gundu aufzufassen ist. Die einzige erfolgreiche Methode zur Beseitigung der Gundutumoren ist der chirurgische Eingriff. Rezidive wurden noch nie beobachtet.

Rocha-Lima-Hamburg.

Hautveränderungen bei Erkrankungen der Atmungsorgane, von S. Jessner. (2. Aufl., Verlag C. Kabitzsch, Leipzig 1925.) In der verdienstvollen Schriftenreihe von Jessners „Dermatologischen Vorträgen für Praktiker" ist das vorliegende Bändchen in 2. Auflage erschienen. Nicht nur der Praktiker, auch der Dermatologe wird aus der Fülle von Anregungen und Beobachtungen, wie sie nur jahrzehntelange Erfahrung vermitteln kann, viel Gewinn ziehen. Jessner versteht es meisterhaft, umfassende Gebiete knapp und doch gründlich darzustellen, schwierigste und entlegenste Dinge zu verknüpfen und das Verständnis für den Zusammenhang aller Medizin zu fördern.

M. Gumpert-Berlin.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe.

a. Ätiologie.

Microméthode appliquée au diagnostic de la blennorragie (Mikromethode zur Diagnostik der Blennorrhoe), von S. Sierakowski. (Compts. rend. Soc. Biologie, 1925, Bd. 92, Nr. 10, S. 803.) Man gießt sterile Platten mit 1,5—2 ccm eines Gemisches aus 2 Teilen Agar und 1 Teil auf 45° erhitzten Aszites, nachdem man den Ascites mit 2% Milchsäure (0,5 ccm Milchsäure auf 3 ccm Aszites) versetzt hat. Auf den erstarrten Aszitesagar bringt man 1 Tropfen menschliches Blut und tut das ganze in eine feuchte Kammer und schließt die Petrischalen mit Paraffinvaseline. Das zu verimpfende Material bringt man in den Blutstropfen und verteilt es gleichmäßig. Um die Gonokokkenkulturen besser sichtbar zu machen, gießt man vorsichtig Bromthymolblau (2% in 50% Äthylalkohol) über die Platte, einige Sekunden lang. Die Gonokokkenkolonien färben sich grün oder bräunlich, andere Kolonien nicht. Dann kann man mittels einer durch Plastolin am Objektiv befestigten Platinöse verdächtige Kolonien untersuchen. M. Gumpert-Berlin.

Die Bedeutung der Komplementfixationsmethode für die Diagnose der Gonorrhoe, von A. Cohn und E. Gräfenberg, Inst. „Robert Koch" Berlin. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1925, Bd. 104, H. 1/2, S. 128.) Die Herstellung und exakte Austitrierung eines polyvalenten Antigens ist für das Gelingen der Reaktion von entscheidender Bedeutung. Verff. arbeiteten mit einem Antigengemisch von 11 verschiedenen Gonokokkenstämmen. Der positive Ausfall wird von den Verff. als spezifisch für eine blennorhoische Erkrankung und als beweisend für Infektiosität angesehen. Schon nach 4 Tagen ist mitunter die spezifische Reaktion vorhanden. Die negative Reaktion zeigt Heilung an. Bei 53 Tripperkranken war der Ausfall in 50 Fällen positiv, von 15 nichtblennorrhoischen Fiebernden 13 negativ, 2 zweifelhaft. Verff. glauben, daß die Komplementfixationsmethode für die Zukunft eine große Bedeutung für die Erkennung der Kokkenträger und für die Bekämpfung des Trippers als Volksseuche gewinnen wird. M. Gumpert-Berlin.

Skin Reactions with Gonococcus Filtrates (Toxin?) (Hautreaktionen mit Gonokokkenfiltraten [Toxin?]), von R. D. Herrold-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 5, S. 361.) Verf. hat das Filtrat von Gonokokkenbouillonkulturen in Lösung 1:100 physiol. NaCl und in Menge 0,1 ccm intrakutan injiziert. 22 Pat., die niemals an Blennorrhoe erkrankt waren, hatten in 19 Fällen eine stark positive Reaktion, bestehend in starker Rötung und Schwellung nach Ablauf von 12 Stunden, in 2 Fällen eine schwache Reaktion. 8 ehemalige Blennorrhoiker hatten 4 starke, 2 schwache Reaktionen, 2 hatten keine Reaktion. Bei 20 akuten Blennorrhoefällen wurden 5 starke, 3 schwache und 12 negative Reaktionen beobachtet.
M. Gumpert-Berlin.

Les formes atypiques de Gonocoque (Atypische Gonokokkenformen), von Le Soudier u. J. Verge. (Compt. rend Soc. Biologie, Bd. 92, Nr. 5, S. 323.) Beschreibung verschiedener atypischer Formen, die bei manchen Stämmen schon nach 24 Stunden in Erscheinung treten, bei anderen hingegen niemals bemerkt werden. Es handelt sich um dicke, runde, schlecht färbbare Kokken mit Vakuolen oder nur sehr große, stark gefärbte, die häufig in Tetraden vorkommen. Makroskopisch haben die Kolonien dabei häufig ein durchaus typisches Aussehen. Verf. hält die vakuolenhaltigen Formen für Involutionen, die dicken Diplokokken und Tetraden für resistente, besonders lebenskräftige Formen.
M. Gumpert-Berlin.

Bakteriologische Befunde bei chronischer Gonorrhoe unter besonderer Berücksichtigung der Gram-positiven Diplokokken und Staphylokken und ihrer klinischen Bewertung, von P. Wichmann und F. Schlunk-Hamburg. (D. m. W., 1925, Nr. 7, S. 266.) Verff. haben 27 Fälle von chronisch-blennorrhoischen Urethritiden bakteriologisch untersucht und in der Urethra 4mal Gonokokken, 12mal grampositive Diplokokken, 21mal Staphylokokken, 6mal Pseudodiphtheriebazillen, 3mal den Streptobazillus urethrae gefunden. Auch im Prostatasekret wurden die gleichen Bakterien nachgewiesen. Oft war jedoch der Befund in der Prostata abweichend von dem in der Urethra. Die grampositiven Diplokokken unterscheiden sich morphologisch und

Digitized by Google

biologisch von den Gonokokken. In der Regel sind sie als zwei dicht aneinander gelagerte Kugeln sichtbar, die von einem hellen Hof (Kapsel) eingeschlossen werden. Die Diplokokken sind weniger virulent als Gonokokken. Immerhin rufen sie auf die Urethralschleimhaut übertragen nach 2—3wöchiger Inkubationszeit eine Entzündung hervor, die mit Absonderung von Sekret und Leukozyten einhergeht. Für diese Erkrankung schlagen Verff. den Namen „Gonorrhoea lenta" vor. Die Therapie ist die gleiche wie die der chronischen Blennorhoe. F. Harry-Wiesbaden.

Duration of Infectivity of Gonorrhoea in the Male (Die Dauer der Infektiosität beim Tripper des Mannes), von J. F. Hogan-Baltimore. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 3, S. 194.) An der Hand von 10 ausgewählten Fällen tritt Verf. energisch für die kulturelle Untersuchung aller Blennorrhoe-Pat. vor ihrer Entlassung einerseits, vor der Verheiratung andererseits ein. Die Fälle beweisen, daß auch Jahre nach einer angeblich geheilten Blennorrhoe unter Umständen kulturell noch Gonokokken nachweisbar sind. In drei der Fälle, in deren Abstrichpräparaten nie Gonokokken nachgewiesen werden konnten und die daher als unspezifische Urethritiden aufgefaßt werden, fanden sich bei Überimpfung des Prostatasekretes auf Hodenagar nach Hall und Hirschfelder einwandfrei Gonokokken. Das Hodenagarverfahren soll sehr einfach und schnell sein. F. M. Peter-Hamburg.

b. Pathologie und Klinik.

Arthritis und Bursitis gonorrhoica bei einem sieben Tage alten Kinde, von H. Knauer, Univ.-Kinderkl. Breslau. Mschr. f. Kinderhlk., 1925, Bd. 29, H. 6, S. 725.) Bericht über einen Fall von Arthritis gon. der Mittelzehe des linken Fußes und einer Bursitis praepatellaris am linken Knie. Dabei keine Blennorrhoe oder Vulvovaginitis. Restlose Ausheilung bei konservativer Therapie.
R. Ley-Kreuznach.

Die Diphtherie und Gonoblennorrhoe der Bindehaut, eine Gegenüberstellung, von K. Lindner-Wien. (W. kl. W., 1925, Nr. 10, S. 267.) Bei allen epithelialen Entzündungen des Auges, für die die blennorrhoische Entzündung das Musterbeispiel ist, stellt sich eine Allgemeinwirkung der Erkrankung nicht ein, da die Keime sich zwar zwischen den durch das entzündliche Ödem gelockerten Epithelien in die Tiefe schieben, doch ein Eindringen der Toxine wegen der starken Exsudation gegen die Oberfläche nur in ganz geringem Maße möglich ist. Bei der Diphtherie dagegen kommt es zu einer Membranbildung, wodurch die bei den anderen epithelialen Entzündungen in den Vordergrund tretende Ausschwemmung der Toxine vollkommen fehlt. Durch die Membran wird das Gift angereichert, und es kommt zur Epithelnekrose und zu sonstigen Tiefenwirkungen. F. Rosenthal-Berlin.

Primäre Rhinitis gonorrhoica bei einem Neugeborenen, von W. Framm, Univ. Frauenklinik Hamburg. (D. m. W., 1925, Nr. 12, S. 472.) Bericht über einen Fall primärer Rhinitis blennorrhoica bei einem Neugeborenen. Wenige Tage nach der Geburt stellte sich behinderte Nasenatmung ein, sodann deutliches Schniefen, ferner erst schleimige, später eitrige Sekretion und starke Schwellung und Rötung der Schleimhaut. Für die Diagnose sind Vorgeschichte und Verlauf des Wochenbettes der Mutter, die reichlich eitrige Sekretion und der einwandfreie Nachweis von Gonokokken wichtig. Eine kulturelle Untersuchung des Sekretes wird wegen der Ähnlichkeit der Gonokokken mit Meningokokken unumgänglich sein. Therapeutisch bewähren sich Einträufelungen mit ½—1%igen Protargol-, Sophol- oder Argentumlösungen nach vorhergehender Reinigung der Nase mittels Sprays mit phys. NaCl-Lösung oder 3%iger Borsäurelösung. Vor Spülungen warnt Verf. wegen Gefahr der Infektion des Ohres. F. Harry-Wiesbaden.

Cutaneous Gonococcal Infection (Gonokokkeninfektion auf der Kutis), von A. N. Kingsbury-Koala Lumpan F. M. S. (Brit. m. J., 1925, Nr. 3345, S. 265.) Bei einem Arzt, der eine leichte Abschürfung am Ellenbogen erlitten hatte, entwickelte sich 8 Tage später eine starke Entzündung des betroffenen Gebiets mit reichlicher Blasenbildung in der Umgebung. Aus den Blasen wurde seröse Flüssigkeit gewonnen, welche neben Staphylococcus aureus Kokken enthielt, die nach Färbung und Züchtung nur als Gonokokken gedeutet werden konnten. Für Blennorrhoe war bei dem Pat. kein Anhaltspunkt zu gewinnen, und eine Übertragung seitens der von ihm ärztlich behandelten Kranken war auch nicht nachzuweisen.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Die pathologische Anatomie, Histologie und Pathogenese der gonorrhoischen Epididymitis, von W. P. Iljinsky, Urol. Kl. Med. Inst. Moskau. (Zschr. f. urol. Chir., 1925, Bd. 17, H. 3 u. 4, S. 213.) Verf. hat in 19 Fällen von Epididymitis blennorrhoica die Epididymis gespalten und bei dieser Gelegenheit Stückchen histologisch untersucht. Auf Grund dieser Untersuchungen nun kommt er zu der Ansicht, daß die Entwicklung der akuten blennorrhoischen Epididymitis so erfolgt, daß der Gonokokkus aus der hinteren Urethra in das Lumen des Vas deferens eindringt und hier eine katarrhalische Entzündung hervorruft, die dann dem Vas deferens entlang zum Nebenhoden vordringt. Dort trifft der Gonokokkus auf das widerstandslose Flimmerepithel. Desquamation, völlige Zerstörung des Epithels und rascher Übergang in Eiterung sind die Folgen. Durch das zerstörte Epithel dringt der Gonokokkus ins Zwischengewebe, wo eine interstitielle Entzündung, Vermehrung des Interstitialgewebes und zuletzt eine Sklerose statthat. Die Gonokokkeninfektion lokalisiert sich stets am stärksten im Nebenhodenschwanz. Ist auch der Kopf und Körper erkrankt, so spricht das für eine nur geringe Virulenz der Infektion, da dann die Infektion im Schwanz nicht so heftig war, daß sie sofort zur Abszeßbildung führte, so daß also die Infektion weiter aufsteigen konnte. Entsteht ein Abszeß, so wird stets doch zuletzt ein harter Knoten übrigbleiben, der allen therapeutischen Maßnahmen trotzt und der die Kanälchen völlig obliteriert. Andererseits aber kann auch neben dieser erwähnten Verlegung die einfache Zerstörung der fortbewegenden Mechanik eine Sterilität erzeugen. Als solche Zerstörungen sind anzusehen 1. die Schädigung der Muskeln durch das wuchernde Bindegewebe, 2. die Zerstörung des Flimmerepithels des Vas deferens, 3. die Zerstörung der Henryschen und van der Strichtschen Zellen, die nach Ansicht dieser Verff. eine belebende und stärkende, ja ernährende Substanz für die Spermatozoen bereiten. — Therapeutisch muß man nun diese Zerstörung möglichst vermeiden resp. vorzubeugen versuchen. Bei schon entwickeltem Abszeß, den man im Zweifelsfall durch Punktion sicher diagnostizieren kann, wurde vom Verf. in 17 von 19 Fällen das gesamte Nebenhodengewebe völlig der Länge nach gespalten, wie es Baset angibt. Dadurch hörten die Schmerzen auf, es ging die Temperatur zurück und Pat. konnte aufstehen. Andererseits aber wurde das Infiltrat nicht schneller als sonst resorbiert. Bei chronischen rezedivierenden Epididymitiden muß man den Nebenhoden völlig resezieren und das Vas in den Hoden einpflanzen.

A. Rosenburg-Mannheim.

c. Therapie.

Le traitement local des uréthrites blenorrhagiques chroniques (Die örtliche Behandlung der chronischen gonorrhoischen Urethritiden), von J. Zadok u. A. Grimberg. (J. méd. Paris, 1925, Nr. 16, S. 334—336.) Die chronischen Urethritiden werden häufig von in Samenblasen und auch im Vas deferens sitzenden Herden unterhalten. Zur Diagnose ist in vielen Fällen Kultur von Fäden und Sperma nötig. Letzteres enthält in der Majorität der Fälle Gonokokken, vergesellschaftet mit Staphylokokken, seltener Pseudo-Diphtheriebazillen, Enterokokken, Kolibazillen. Der Gonokokkus spielt die Hauptrolle, nach seiner Beseitigung schwinden allmählich die anderen Bakterien. In den Fäden sind Gonokokken viel seltener enthalten, daher ist der Schluß berechtigt, daß die Samenblasen den Hauptherd darstellen. Aus diesem Grunde sind auch die üblichen Behandlungsmethoden unwirksam, sie reizen sogar oft. Erforderlich ist sorgfältige Massage der Samenblasen, die oft schwierig ist, geeignete Stellung des Kranken und bimanuelle Ausübung vom Rektum und der Regio hypogastrica aus erfordert. Falls sie nicht schmerzhaft ist, kann sie energisch ausgeübt werden, danach Janetspülungen oder Argyrolinstillationen. E. Levin-Berlin.

Über die Behandlung der akuten Gonorrhoe und ihrer Komplikationen, von L. Sirota-Schitomir (Ukraine). (D. m. W., 1925, Nr. 7, S. 272.) Verf. berichtet über gute Resultate bei der Behandlung des akuten Trippers mit übermangansaurem Kali nach Janet. Anfangs sind zwei, später nur täglich eine Spülung unter ständiger Vermehrung der Konzentration (bis 1:1000) erforderlich. Die Behandlung wird mit einigen Spülungen von Albargin 1:3000 oder Protargol 1:2000 beendet. Die beste Behandlungsmethode der Epididymitis ist die von Joseph empfohlene Einspritzung von physiologischer Kochsalzlösung in den Raum zwischen Tunica vaginalis communis und Tunica vaginalis propria. Bei Prostatitis hat sich die Vakzinetherapie gut bewährt, bei der akuten Posterior die konservative Behandlung.

F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Behandlung der akuten Gonorrhoe und ihrer Komplikationen, von I. Sandek-Brünn. (D. m. W., 1925, Nr. 17, S. 707.) Irrtümlicherweise hat Sirota in Nr. 7 der D. m. W. Joseph statt den Verf. als Urheber der intraskrotalen Behandlung der Epididymitis mit Kochsalzlösung benannt. F. Harry-Wiesbaden.

The Chemotherapeutic Treatment of Gonorrhoe and its Complications (Die chemotherapeutische Behandlung des Trippers und seiner Komplikationen), von J. E. R. Mc. Donagh-London. (Brit m. J., 1925, Nr. 3353, S. 654.) Seit 1923 hat Verf. bei mehreren hundert Fällen mit sehr gutem Erfolg zwei von der British Dyestuffs Corporation hergestellte Präparate verwendet, die er als „Sum 36" und „Sup 36" bezeichnet, das eine eine symmetrische Meta-, das andere eine Parabenzoylverbindung von Harnstoff: Metabenzoyl-metaaminobenzoyl-metaaminonaphthol-3-6-Natriumsulphonat, während das andere die analoge Paraverbindung darstellt. Die Metaverbindung eignet sich besonders für die reine Gonokokkeninfektion, während bei Anwesenheit von grampositiven Mikroorganismen die Paraverbindung vorzuziehen ist. Zur Behandlung der blennorrhoischen Urethritis beim Manne gibt Mc. D. zunächst eine intramuskuläre Injektion von 0,002 g, die nach 5 Tagen wiederholt wird; bei Frauen empfiehlt er die intravenöse Injektion von 0,01 g. Im Anschluß daran wird eine Serie von Vakzineinjektionen verabreicht. Bei blennorrhoischen Augenaffektionen und Arthritis wirkt „Sum 36" ausgezeichnet. Bei Säuglingen mit Ophthalmie erzielt man mit (1—2mal) 0,004, intramuskulär gegeben, prompte Heilung. Ebenso befriedigende Resultate erzielt man bei den durch sekundäre Infektion bedingten Prozessen, Kowperitis mit Abszeßbildung, Prostatitis, Salpingitis usw., durch zwei intramuskuläre oder intravenöse Injektionen von 0,01 „Sup 36" in dreitägigem Intervall verabreicht und nachfolgende Vakzinebehandlung. Bei Epididymitis und Salpingitis ist vor der Vakzinebehandlung eine intramuskuläre Injektion von 0,25 Kontramin (Di-äthylaminkarbondisulfid) zur Bekämpfung der Entwicklung von fibrösem Gewebe zu geben. Verf. hat 12 Fälle von Salpingitis behandelt, welche alle binnen 8 Tagen nach der ersten Injektion von „Sup 36" imstande waren, das Bett zu verlassen. Bei den chronischen Komplikationen des Trippers (Strikturen, chronische Epididymitis, Konjunktivitis, Arthritis, Neuritis usw.) leistet Kontramin Vorzügliches, doch darf dieses bei sehr geschwächten Kranken nur mit großer Vorsicht angewandt werden, und vor allen Dingen ist bei Gebrauch desselben Alkohol zu meiden. Zur Erweichung von Strikturen sollen in 8tägigen Intervallen je eine Dose zu 0,25 und zwei zu 0,5 intramuskulär gegeben werden. Kontramin wird von dem British Drug House Ltd. London hergestellt. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Behandlung der männlichen Gonorrhoe, von A. Memmesheimer, Hautkl. Städt. Krankenanst. Essen. (Ther. d. Gegenw., 1925, Jahrg. 66, H. 2, S. 68.) Die Veröffentlichung gipfelt in dem Hinweis der Notwendigkeit einer exakten topischen Diagnose beim Tripper. Die Tatsache, daß die Blennorrhoe des Mannes in der Mehrzahl der Fälle eine Erkrankung der Adnexe (Prostata und Samenblasen) ist, wird in der Behandlung von weiten ärztlichen Kreisen immer noch nicht genügend berücksichtigt. Für die Behandlung der Epididymitis werden intraskrotale Kochsalzinjektionen sowie Bestrahlung des Nebenhodens mit mittelharten Strahlen empfohlen. O. A. Schwarz-Berlin.

Zur internen Behandlung der männlichen Harnröhrengonorrhoe, von A. Perutz. (W. m. W., 1925, Nr. 7, S. 410.) Unter den für die interne Tripperbehandlung in Frage kommenden Präparaten muß man drei Gruppen unterscheiden: 1. Die Harndesinfizientia, die zwar nicht spezifisch eingestellt sind, aber die lokalätiotrope Therapie unterstützen. Hierher gehören das Natr. salicyl., Salol und Urotropin, ferner die das desinfizierende Hydrochinon enthaltenden Drogen, die Folia uvae ursi und Folia arbuti unedinis. 2. Die Symptomatika, die nur einzelne Symptome der Entzündung bekämpfen sollen: Balsame, Harze und ätherische Öle. 3. Die Prophylaktika, die das Weiterschreiten der Erkrankung auf die Adnexe, besonders auf den Samenstrang, verhüten sollen. Hierher gehört das Papaverin, Emetin, Chelidonin und auch in gewissem Sinne die Antiaphrodisiaka wie der Monobromkampfer. E. Langer-Berlin.

Erfahrungen über „Resantin" (Polyvalente Gonokokkenvakzine „Kalle"), von B. Schnepp, II. Derm. Abt. Allg. Krkhs. Wien. (W. m. W., 1925, Nr. 9, S. 535.) Die Versuche mit den verschiedensten Vakzinen bei der Blennorrhoe haben gezeigt, daß es sich bei den Gonokokken nicht immer um gleichwertige Bakterienspezies

Digitized by Google

handelt, sondern daß die einzelnen Gruppen in ihrem serologischen Verhalten bezüglich Agglutinations- und Komplementbindungsvermögen untereinander differieren. Daher empfiehlt es sich entweder eine polyvalente Vakzine zu benutzen, die alle möglichen Stämme enthält, oder eine Autovakzine, die auf den betreffenden Fall eingestellt ist. Andererseits haben die Untersuchungen von Buschke und Langer erwiesen, daß wir es bei den käuflichen wie auch bei selbst hergestellten Vakzinen allmählich mit einem Vorgang des Alterns zu tun haben, durch den die Brauchbarkeit und Wirksamkeit der Vakzine herabgesetzt wird. Verhältnismäßig wenig Mißerfolge hat Verf. bei der Benutzung der polyvalenten Gonokokkenvakzine „Resantin" gesehen, die er in einer größeren Zahl von blennorrhoischen Komplikationen benutzt hat. Anwendung und Dosierung war entsprechend dem Keimgehalt die übliche. Sie erwies sich sowohl therapeutisch wie zur Provokation recht brauchbar. Auch die Haltbarkeit war verhältnismäßig günstig. E. Langer-Berlin.

Zur Wirkung der Milchersatzpräparate Aolan und Kaseosan und einiger anderer unspezifischer Reizkörper (Arthigon, Typhusvakzine und Eigenblut) bei Gonoblennorrhoe, von A. Pillat, II. Univ.-Augenkl. Wien. (Kl. Mtsbl. f. Augenheilkd., Jan./Febr. 1925, Bd. 74, S. 19.) Verf. hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Wirksamkeit verschiedenster Proteinkörperpräparate klinisch-bakteriologisch bei Gonoblennorrhoe zu prüfen. Es erwies sich, daß keines der Ersatzpräparate auch nur im entferntesten die frappante spezifische Wirkung bei dieser Erkrankung entfaltet wie die sterilisierte Kuhmilch. Die Reihenfolge der untersuchten parenteralen Reizkörper ergibt nach der Milch: Typhusvakzine, Kaseosan, Arthigon, Aolan und zuletzt Eigenblut. Heilung wurde mit keinem Mittel (außer Milch) erzielt, wenn nicht örtliche Therapie nachhalf. Die Ursachen dieser geringen therapeutischen Wertigkeit erblickt Verf. in der geringen Allgemeinreaktion, der mangelhaften oder fehlenden Herdreaktion und der infolgedessen ungenügenden Einwirkung auf die Gonokokken. Einfache Milch bleibt das souveräne Mittel bei Blennorrhoe.
M. Gumpert-Berlin.

La protéinothérapie dans les blennorragies prolongées (Die Reizkörperbehandlung des prolongierten Trippers), von J. Mock. (J. de Méd. de Paris, 1925, Nr. 7, S. 141—142.) Empfehlung der intramuskulären Milcheinspritzungen. In früheren Fällen beschränkt sich ihre Wirkung darauf, die Akuität der Erscheinungen abzuschwächen und eine zunächst nicht vertragene örtliche Behandlung möglich zu machen. Ihr besonderes Anwendungsgebiet sind Tripperfälle, die nicht recht zu Ende kommen wollen; dabei darf örtliche Behandlung (bes. der häufigen Prostatitiden) nicht vernachlässigt werden. Endgültige Heilung wird durch sie oft auch in Fällen erreicht, die zwar keine Erscheinungen mehr zeigen, aber bei denen Kulturen aus dem Sperma positiv sind. Einspritzungen mit Pausen von 3—4 Tagen 6 mal 5 ccm, 6 mal 10 ccm. Untersuchungen nach der 4. und 8. Einspritzung.
E. Levin-Berlin.

Vakzinetherapie in der Gynäkologie, von R. Hofstätter-Wien. (M. Kl., 1925, Nr. 17, S. 609—611.) In 50% der chronischen Erkrankungen des Genitale kommt Blennorrhoe als alleinige oder Mitursache in Betracht; abgesehen hiervon handelt es sich um septische oder tuberkulöse Erkrankungen. Letztere werden durch Vakzinebehandlung nicht verschlimmert. Zur Anwendung kam ein eigen hergestelltes österreichisches Vakzin, das in 1 ccm 1000 Millionen Gonokokken enthält, ferner eine Vollmischvakzine mit in 1 ccm 1000 Millionen Gonokokken, ebensoviel Staphylokokken, 200 Millionen Kolibazillen, 20 Millionen Streptokokken, die Keime aus verschiedenen Kulturen, also eine polyvalente Vakzine, schließlich auch Yatren mit den entsprechenden Keimen. Dazu in hartnäckigen Fällen Vor- oder Zwischenbehandlung mit Milch, Kasein, kolloidalen Metallen. Die Vakzinationsbehandlung ist indiziert, wenn die Blennorrhoe über das Stadium einer oberflächlichen Schleimhauterkrankung hinausgeht. Beginn mit $^1/_{10}$ ccm, bei älteren Fällen und robusten Pat. $^1/_4$ ccm, dann in Pausen von mindestens 3, höchstens 8 Tagen je nach der Reaktion um $^1/_{10}$—$^2/_{10}$ bis auf 2 ccm steigend. Bei der Wirkung handelt es sich um eine allgemeine Proteinwirkung und eine spezifische Wirkung auf bestimmte Bakteriengruppen oder deren Stoffwechselprodukte. Bei (übrigens seltenen) Mißerfolgen wurde Autovakzine verwendet. Kontraindikationen bieten schwere tuberkulöse Zustände, Kachexie, hohes Fieber. Mißerfolge können auf Reinfektion durch übersehene, in Schleimhautfalten befindliche Gonokokken beruhen, auf die die Vakzine nicht ein-

Digitized by Google

wirkt. Die Injektionen werden jetzt bei Blennorrhoe und chronischen Adnexen direkt in die Portio gemacht, wobei jedoch die Reaktion eine viel schnellere, ähnlich wie bei intravenöser Einspritzung, ist; es genügt dabei im allgemeinen $^1/_3$ der sonstigen Dosis. Auch bei akuter und chronischer Bartholinitis erwies sich direkte Umspritzung wirksam. E. Levin-Berlin.

Über Vakzinetherapie in der Gynäkologie, von C. Bucura, Allg. Polikl. Wien. (W. m. W., 1925, Nr. 8, S. 476.) Besprechung der Technik der Vakzinetherapie, der Behandlungsdauer und der Resultate, ohne etwas Neues zu bringen.
E. Langer-Berlin.

Zur Behandlung der chronischen Gonorrhoe der Frau (Gleichzeitige Frischvakzine- und Lokaltherapie), von H. Sachs. (Zbl. f. Gyn., 1925, Nr. 12, S. 648.) Nach Abklingen etwa vorhandener akuter Entzündungsprozesse werden die Kranken mit intravenösen Injektionen von Gonokokkenfrischvakzine nach Loeser behandelt. Hierbei handelt es sich um eine polyvalente, aus 6—8 Stämmen gemischte Vakzine. Einmal in der Woche wird 1 ccm = 100 Millionen Keimen eingespritzt. Bei schwächlichen Patientinnen wird mit 42 ccm begonnen. Meist wird die Vakzine 6mal, selten 8mal gegeben. Neben der Vakzinetherapie geht eine energische Lokalbehandlung einher: täglich 1—2mal Urethralstäbchen und täglich Auswischen der Zervix mit der mit 5%igen Arg. nitric. oder mit 10%igem Jothionöl beschickten Playfairsonde. — Von 62 behandelten Frauen wurden 37 geheilt, 25 waren ungeheilt. Von letzteren wurden 16 mitten in der Behandlung aus äußeren Gründen entlassen.
F. Landauer-Berlin.

Kombinierte spezifische und unspezifische Gonorrhoebehandlung bei Frauen mit Sublimat-Olobintin, von C. Pasch-Breslau. (D. m. W., Nr. 15, S. 607.) Aus Tierversuchen ging hervor, daß Sublimat und andere Hg-Verbindungen allein oder in Verbindung mit Terpichin, Terpen, Farbstoffen usw. bezüglich Entgiftung des Gonokokkentoxins die besten Resultate lieferten, während Ag-Verbindungen völlig versagten. Es erschien daher angezeigt, alte gynäkologische Blennorrhoefälle, bei denen mit rein örtlicher Therapie nichts zu erreichen war, durch Kombination eines vom Gewebe aus gut wirkenden Desinfizienz mit einem die spezifischen Abwehrkräfte mobilisierenden Reizkörpers anzugehen. Injektionen von 0,001 $HgCl_2$ in 1 ccm phys. NaCl-Lösung intravenös als Mischspritze mit 1 ccm Olobintin oder zweizeitig wurden gut vertragen. Gleichzeitig wurden heiße Sitzbäder oder Diathermie zur Erzeugung von Hyperämie verabfolgt. Ein abschließendes Urteil vermag Verf. noch nicht zu geben. F. Harry-Wiesbaden.

Zyansilbercholat zur Gonorrhoebehandlung, von L. v. Zumbusch-München. (W. m. W., 1925, Nr. 6, S. 391.) Das vom Verf. empfohlene Präparat stellt ein Silberpräparat in molekularer Verteilung dar, welches außerdem noch die wachstums- und entzündungshemmende Gallensäure enthält. In medikamentöser Zusammensetzung ist es nicht giftig und ätzt nicht, daher besteht auch kaum eine Reizwirkung. In Wasser ist es leicht löslich und weniger zersetzlich als das Silbernitrat. Im Reagenzglasversuch zeigte sich eine gute bakterizide Kraft; klinisch scheint es ebenfalls eine günstige Wirkung sowohl bei Injektionen wie auch bei Spülungen und Instillationen zu besitzen. Ausfluß und Entzündung sollen rasch zurückgehen, die Gonokokken bald verschwinden. Für einfache Injektionen der vorderen Harnröhre wurde es in Verdünnungen bis zu 1:200 gegeben, bei Janetschen Spülungen 1:5000 bis 1:2000 und bei Instillationen bis zu 1%igen Lösungen.
E. Langer-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 41 (Bd. 81) 10. Oktober 1925

Aus der I. dermatologischen Abteilung der Wiener Allgemeinen Poliklinik
(Vorstand: Dr. G. Nobl).

Das Gewebsverhalten der künstlichen phlebitischen Thrombose.

Von

Prof. Dr. G. Nobl und Dr. W. Löwenfeld.

Mit 1 Abbildung im Text.

Das bis heute noch vielfach zu beobachtende ablehnende Verhalten weitester Ärztekreise gegen die künstliche Verödung entarteter venöser Sammelbahnen hat in erster Linie in dem theoretischen Bedenken seine Ursache, mit diesem Eingriff die Gefahr der Thrombenverschleppung heraufzubeschwören. An vielen Tausenden von Fällen gewonnene Erfahrungen (Linser, Nobl, Remenovsky und Kantor) gestatten mit bestem Gewissen die Behauptung zu vertreten, daß in der Statistik des auf diesem Wege angegangenen varikösen Symptomenkomplexes verhängnisvolle Embolien kaum jemals aufzuscheinen pflegen. Die Art der Wandschädigung, die vielfache Knickung und Abbiegung der oft zu Konvoluten geballten Rosenvenen, und nicht in letzter Reihe die eigenartigen Stromverhältnisse in den ektatischen Stämmen, bringen es mit sich, daß die Loslösung und Abschwemmung verlegender Gerinnsel in zentrale lebenswichtige Körperbezirke verhindert wird, und hiermit scheint es schon von Haus aus ungerechtfertigt, wenn immer wieder, gleichsam automatisch, die Pathogenese der Embolien auch für die Varizen der unteren Extremitäten als zu Recht bestehend angenommen wird. Aber auch die Pathogenese solcher künstlicher Thromben, das anatomische Substrat ihrer Entstehung und ihrer weiteren Konsolidierung, läßt es verständlich erscheinen, daß wir hier nicht mit dem sonst so drohenden Schreckgespenst der Embolie rechnen müssen, das mit Recht bei thrombophlebitischen Prozessen anderer Natur das ärztliche Denken beherrscht. Zunächst muß man hier jene Art der Thrombenbildung abscheiden, die sich in sonst nicht alterierten Blutgefäßen infolge schlechter Zirkulationsverhältnisse bei erlahmender Herztätigkeit einstellt, als deren Typus etwa die in dilatierten insuffizienten Herzen gelegentlich sich findenden Herzwandthromben aufzufassen sind. Daß es bei einer solchen Bildungsweise zu keiner festen Haftung des Thrombus an der Intima kommt, bedingt wohl eine relativ leichte Lösbarkeit, die dann als so häufige Folge die Verschleppung der gebildeten lockeren Gerinnsel mit sich bringt und nicht selten — so im Falle der Lungenembolie — tödliche Konsequenzen nach sich ziehen kann.

Digitized by Google

Ähnliche Verhältnisse liegen wohl bei einem Teile der so gefürchteten postoperativen Thrombosen vor, wo nach Abbindung von Gefäßen in dem sonst ungeschädigten Gefäßrohr aus der nunmehr stagnierenden Blutsäule Thromben zur Abscheidung gelangen. Diese gehen zunächst keinerlei festere Bindung mit der ungeschädigten Gefäßinnenwand ein, so daß es auch hier besonders unter dem Einfluß plötzlicher Muskelbewegung leicht zur Loslösung und Weiterverschleppung geronnener Blutmassen kommen kann.

Eine andere, nicht minder gefährliche Gruppe der Venenthromben stellt uns jene dar, wo eine infektiöse Thrombophlebitis zur Verlegung venöser Bahnen führt. Diese etwa bei puerperaler Sepsis so häufige, oder auch gelegentlich als unliebsame Komplikation nach Operationen im infizierten Terrain sich einstellende Form beruht auf ganz anderen Voraussetzungen: Hier kommt es durch Eindringen von pathogenen Keimen in die Gefäßwand zunächst zu einer Entzündung der Wandschichten, die mit Erweiterung der Vasa vasorum sowie der kleinsten in der Gefäßwand gelegenen Lymphgefäße einhergeht und nicht selten zu nekrobiotischen Veränderungen der Wandschichten gedeihen kann. Das auf der Intima gleichwie sonst auf einer serösen Haut ausgeschiedene leukozytäre Exsudat wird hier zur Grundlage des Gerinnungsvorganges, der zunächst zu keiner festeren Verklebung des Gerinnsels mit der Gefäßwand führt. Im weiteren Verlaufe solcher infektiöser Thrombophlebitiden kommt es aber nicht selten sogar zu eitriger Einschmelzung im Bereich der Anlagerungsflächen, wodurch wiederum die erhöhte Gefahr einer Lockerung und Verschleppung der thrombotischen Massen gegeben wird. Doch scheint nach Aschoff (Vorträge über Pathologie, Verh. d. Jap. Path. Ges., 1925) in einer großen Anzahl von tödlichen Lungenembolien das Gerinnsel gar nicht aus dem Bereich der infizierten Thrombosen zu stammen. Vielmehr kommt es bei der Mehrzahl solcher Fälle zuerst im Anschluß an den septischen Allgemeinzustand und das damit verbundene Daniederliegen der Zirkulation zu aseptischen Thrombosen in der Vena femoralis, die dann den Anlaß zur Einschwemmung von Embolie in die Lunge abgeben.

Eine gewisse Sonderstellung nehmen die im Erscheinungskreis des varikösen Symptomenkomplexes gelegentlich an den Venen der Beine auftretenden Spontanthrombosen ein. Diese, deren Pathogenese von Nobl eingehend studiert ist (Nobl, Der variköse Symptomenkomplex), entstehen einerseits in schlecht zirkulierenden Blutmengen, andererseits in chronisch entzündlich geschädigten, degenerativ veränderten Gefäßbezirken, stellen also gewissermaßen eine Mischform der zwei früher erwähnten Typen dar. Wie sich uns aus vieljähriger klinischer Beobachtung ergibt, führen diese nicht allzu selten sich findenden, spontan entstehenden Thromben wohl so gut wie nie zu einer Embolie (von Kaufmann, „Spezielle pathologische Anatomie", beobachtet). Der Grund hierfür mag einesteils darin liegen, daß, wie schon eingangs erwähnt, der durch die varikösen Veränderungen vielfach geknickte, oft in seinem Verlauf stark verengte Weg der Blutbahn der Fortschwemmung abgerissener Thromben ein beträchtliches mechanisches Hindernis entgegensetzt, anderenteils die durch chronische Entzündung veränderte Intima mit dem auf dieser Basis entstehenden Gerinnsel bald eine festere Bindung eingeht, die durch produktive Ent-

Digitized by Google

zündungsvorgänge zu einer dauerhaften Konsolidierung, zu einer Organisation des Thrombus führt, eine Erscheinung, die wir in ihrer Auswirkung ja als Spontanheilung erweiterter Venenbezirke begrüßen. Daß aber doch einmal gelegentlich ein Losreißen und Abtreiben solcher Gerinnsel vorkommt, hat seinen Grund wohl darin, daß die Gefäßwandschädigung keine gleichmäßige ist, daß sich zwischen degenerierten, veränderten Intimabezirken doch auch fast immer noch normale Innenwandpartien vorfinden, die der Haftung des Thrombus weit geringere Voraussetzungen bieten. Handelt es sich ferner, wie dies in dem verlangsamt strömenden Blute ja leicht verständlich ist, um eine fortgesetzte Thrombose, so ist zwar nicht an dem primären, der Wandschädigung entsprechenden Standort der Gerinnungsbildung, wohl aber von den allmählich angelagerten Thrombenausläufern, die nur locker der Gefäßwand anliegen, ein Losreißen einzelner Teile möglich.

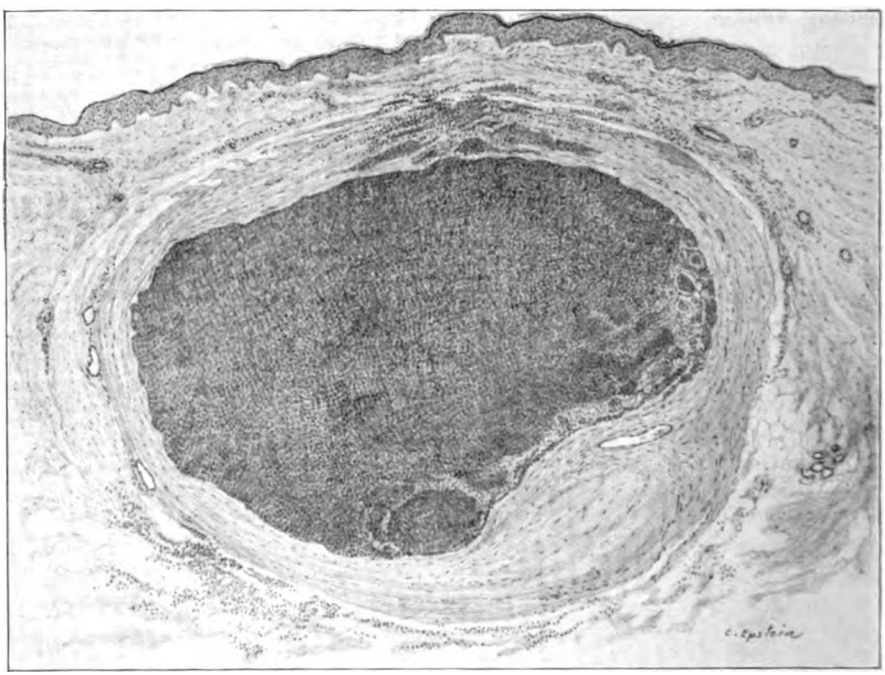
Den zu künstlicher Verödung varikös entarteter Venen in Verwendung stehenden Injektionsflüssigkeiten (Sublimat, Karbolsäuren, Natrium salicylicum, Natrium carbonicum, hypertonische Kochsalzlösung, 50%ige Traubenzuckerlösung) ist gemeinschaftlich, daß hier durch eine gleichmäßige, kräftige entzündliche Alteration der Gefäßinnenwand eine festhaftende, zur Verlötung führende Thrombenbildung auf der geschädigten Intima hervorgerufen wird. Die wenigen nach der ursprünglich von Linser verwendeten Sublimatlösung vorgekommenen Todesfälle sind, worauf Nobl in einem Fortbildungsvortrag (W. m. W., 1925) hinweist, wohl der Sublimatvergiftung in Rechnung zu stellen, die bei Quecksilberüberempfindlichkeit gelegentlich einmal zu so schweren Folgen führen kann. Während die anderen erwähnten Injektionslösungen mit Ausnahme des Traubenzuckers meist auch zu zufriedenstellenden Resultaten hinsichtlich des Eintretens der Thrombose führen, haftet ihnen der Übelstand an, daß einmal auch stürmischere Reaktionen einer heftigen Thrombophlebitis eine beträchtliche Belästigung und Bewegungsstörung der Patienten mit sich bringt, andererseits die paravenöse Deponierung nur geringer Injektionsmengen, die auch bei genauester Beherrschung der Technik manchmal statthat, schon den Anlaß zu schweren, schlecht heilenden Gewebsnekrosen gibt. Auf die Vorzüge der Verwendung einer 50%igen Traubenzuckerlösung haben Remenovsky und Kantor hingewiesen (W. kl. W., 1925, Nr. 20). Die relativ geringe und häufig erst nach einigen Tagen einsetzende Reaktion der Venenwandentzündung führt hier doch zu einer ziemlich regelmäßig eintretenden festen Thrombosierung, deren anatomisches Substrat wir an einer vor 6 Tagen injizierten kleinen Hautvene zu untersuchen Gelegenheit hatten (s. Abbildung).

Die ganze Venenwand erscheint in ihrem Durchmesser beträchtlich verdickt, aufgelockert und ödematös geschwellt, zum Teil von kleinzelliger Infiltration durchsetzt. Die Vasa vasorum und die Lymphgefäße sind erweitert und gefüllt. Die entzündlich ödematöse Veränderung betrifft alle Wandschichten, in dem mittleren Anteil findet sich neben präexistenten Veränderungen variköser Entartung stärkere Degeneration der Muskel- und Bindegewebsfibrillen, die zu buckelartiger Vortreibung der Gefäßwand führt. Der Entzündungsprozeß setzt sich von der Adventitia perivaskulär in das umgebende Kutisgewebe, das ebenfalls ödematöse Auflockerung und

Digitized by Google

kleinzellige unspezifische Infiltrationsherde aufweist. Das Endothel der Intima ist durch die Osmonwirkung bis auf spärliche Reste zerstört und die Innenwand gleichmäßig in ihrer ganzen Zirkumferenz von einer anscheinend festhaftenden frischen, aus Fibrin, Blutplättchen und Erythrozyten bestehenden Gerinnungsmasse bedeckt, die jedoch nicht das ganze Lumen erfüllt, sondern gegen das Zentrum des Blutgefäßes noch ungeronnenes Blut einschließt, ferner zwischen den bereits thrombosierten Anteilen noch einzelne kleinste Kanäle als Weg für die Blutzirkulation freiläßt.

Es zeigt sich also, daß unter der Einwirkung der Traubenzuckerinjektion eine entzündlich degenerative Gefäßwandentzündung entsteht,



die mit Quellung und ödematöser Schwellung einhergeht und wohl auch eine Verengerung des Lumens mit sich bringt. Die gleichmäßige schwere Intimaläsion führt zu einer festen Anlagerung des sich bildenden Gerinnsels, das gemäß seinem späten klinischen Auftreten, wie dies auch von Remenovsky und Kantor betont wird, zunächst einer elastisch weichen, nicht gleich den vollen Gefäßquerschnitt einnehmenden Thrombose entspricht, die zwar in ihrem zentralen Anteil erst noch für geringe Blutmengen durchgängig ist, jedoch mit der Gefäßwand in weitestem Umfang so innig und gleichmäßig verlötet, daß es zu keinem Abreißen schon geronnener Partien kommt. Im weiteren Verlauf konnten wir dann regelmäßig die Konsolidierung, rasche Organisation und spätere strangförmige Verödung des so gebildeten Thrombus beobachten, ohne daß jemals im

Digitized by Google

Ablauf dieser Umbildungsvorgänge noch nachträglich irgend eine Loslösung und embolische Verschleppung erfolgte.

Es bestätigt somit das anatomische Verhalten solcher Thrombenentstehung die gewonnenen günstigen klinischen Erfahrungen. Wenn es, wie hier, zu einer auf ausgedehnte Wandstrecken sich beziehenden gleichmäßigen Gefäßschädigung kommt, die ein allseitiges festes Haften der Thrombenmassen verbürgt, so kann es nicht wundernehmen, daß ein solches Verfahren zu regelmäßiger Obliteration und somit zur Ausschaltung der behandelten Venenbahnen führt, ohne daß es die Gefahren einer Embolie in sich birgt.

Es bestärkt uns somit auch die durch anatomische Untersuchung gewonnene Erfahrung, der so ausgezeichneten Methode künstlicher Verödung venöser Bahnen neuerlich das Wort zu reden.

Aus der dermatologischen Klinik Basel (Vorsteher: Prof. Dr. W. Lutz).

Über Verlängerung der Blutgerinnungszeit bei Dermatosen, speziell beim sogenannten konstitutionellen Ekzem.

Von

Dr. Josef von Deschwanden.

Seit längerer Zeit sind wir an der hiesigen Klinik mit Untersuchungen des Blutes und des Blutserums bei Hautkrankheiten beschäftigt, Untersuchungen, deren Ergebnisse bei Prurigo Brack z. T. bereits veröffentlicht hat.

Wir haben dabei für eine größere Anzahl von Dermatosen auch die Bestimmung der Blutgerinnungszeit mit herangezogen und möchten hier über deren Resultate, namentlich da wir bei einer bestimmten Form des chronischen Ekzems einen regelmäßig wiederkehrenden Befund antrafen, doch kurz berichten.

1. Methodik.

Die große Zahl der Methoden zur Bestimmung der Gerinnungszeit des Blutes ist der Beweis dafür, wie schwer es ist, diesen Vorgang zeitlich genau zu fixieren, und wie relativ unbefriedigend die hierbei angewandten einzelnen Methoden sind. Eine Diskussion derselben gehört nicht hierher. Ich hielt mich für meine Untersuchnngen im wesentlichen an die methodischen Angaben von Heubner und Rona sowie von Frisch und Starlinger.

Der verwendete Apparat besteht aus einem Glasmantel, der mit zwei Gummistopfen verschlossen ist, durch welche zwei gleiche Glasröhren durchgeführt sind. Die am unteren Ende verjüngten Glasröhren sind 20 cm lang, haben 3 mm lichte Weite und tragen am oberen Ende einen eingeschliffenen Hahn. Das im Glasmantel befindliche Wasser gestattet eine gleichmäßige, mittels eines im oberen Gummistopfen angebrachten Thermometers kontrollierbare, Temperatur während des Versuches beizubehalten. Der Apparat wird auf 20° gebracht. Das Blut wird der leicht gestauten Armvene durch Venenpunktion entnommen. Die Stauung soll durch eine gut elastische Binde oder besser durch eine Riva-Rocci-Manschette erfolgen. Es soll dabei darauf geachtet werden, daß der Radialispuls noch schwach fühlbar oder kaum unterdrückt ist, damit stärkere Stauungen und Veränderungen im Gasgehalt des Blutes vermieden werden. Die Venenpunktion wird mit einer mittelweiten, sterilen, gut trockenen Kanüle möglichst rasch

Digitized by Google

ausgeführt; einige Tropfen Blut werden frei laufen gelassen und dann 2—3 ccm in einem paraffinierten Schälchen aufgefangen. Der Blutstrahl muß ziemlich kräftig fließen. Von dem aufgefangenen Blut wird das nötige Quantum (etwa $1^1/_2$—2 ccm) in einem der beiden Glasröhrchen aufgesogen, durch Drehen des Hahnes der Abfluß verhindert und das untere Ende des Röhrchens peinlichst sauber mit Filtrierpapier gereinigt. Nach 15 Minuten läßt man durch vorsichtiges Öffnen des Hahnes 1—2 Tropfen Blut abfließen. Von da an wiederholt man dies alle 5 Minuten, von der 30. Minute, evtl. schon von früher an, je nach Bedarf, alle 2 oder alle Minuten. Es ist dabei darauf zu achten, daß der Tropfen nach seiner Bildung sorgfältig wieder abgesogen und das Ende des Röhrchens peinlichst sauber mit Filtrierpapier abgewischt wird, damit jeder Anlaß zu Gerinnselbildung nach Möglichkeit ausgeschaltet wird. Das Ende der Gerinnung ist dann eingetreten, wenn trotz vollständigem Öffnen des Hahnes kein Blut mehr abfließt.

Es geht daraus ohne weiteres hervor, daß die von uns angegebenen Werte das Ende des Gerinnungsprozesses fixieren. Den Beginn der Gerinnung haben wir nicht weiter beachtet, da uns das Zeichen hierfür, das erste Fibringerinnsel, als zu wenig sicher feststellbar erscheint.

Nach dem Versuch müssen die benützten Glasröhrchen peinlichst sauber durchgespült und mit 1%igem Salzsäure-Alkohol und destilliertem Wasser gereinigt werden. Zwecks besserer Austrocknung habe ich sie nach der Reinigung in einen Wärmeofen verbracht oder trocken sterilisiert. Um Einheitlichkeit in den Glasröhrchen zu haben, wurden die von Frisch und Starlinger angegebenen und von der Glasbläserei K. Wojtaček (Wien IX, Frankgasse 10) hergestellten Röhrchen mit dem dazu gehörenden Glasmantel benützt. Doch ließen wir an ihren oberen Ende einen eingeschliffenen Hahn aufgießen, da uns bei einem solchen Verschluß, durch vorsichtiges Drehen desselben, Druckdifferenzen und Erschütterungen für die Blutsäule am ehesten vermeidbar zu sein scheinen.

Wird mit aller Sorgfalt manipuliert, so glaube ich, daß auf diese Weise den Forderungen einer möglichst exakten Bestimmung nach dem heutigen Stande der experimentellen Gerinnungszeitbestimmung entsprochen wird, indem dabei folgende Erfordernisse berücksichtigt sind:

1. Zur Verwendung gelangt eine größere Menge Blut (2—3 ccm) welche in gleichmäßige Glasröhrchen von verhältnismäßig großer Lichtweite aufgesogen wird, womit die Nachteile der Kapillar- und Tropfenmethode beseitigt sind (Morawitz-Bierich, Fonio, Stephan).

2. Mechanische Irritationen werden vermieden, da Manipulationen während der Versuchsdauer am Blute selbst nicht ausgeführt werden (Stephan, Fonio), wie bei den Methoden nach Bürker, Klinger und Hirschfeld usw.

3. Die benetzbare Fremdkörperfläche ist verhältnismäßig gering. Rauhigkeiten und Unregelmäßigkeiten derselben sind bestmöglich vermieden.

4. Es wird Temperaturkonstanz eingehalten. Bürker zeigte, daß gerade zwischen 15—20° Temperaturabweichungen von einigen Graden einen deutlichen nicht zu vernachlässigenden Einfluß auf die Gerinnungszeit haben.

5. Es findet keine Berührung mit Geweben und Blutgerinnseln statt. Welch einen großen Einfluß die zymoplastischen Substanzen auf die Gerinnungszeit des Blutes haben, geht daraus hervor, daß ich bei den gleichen Versuchspersonen eine Verkürzung der Gerinnungszeit auf ein Drittel bis ein Viertel, in einigen Fällen sogar eine noch größere, feststellen konnte, wenn das Blut bei der Entnahme aus der Armvene mit Serum von zufälligerweise in der Nähe der Einstichstelle gelegenen Hauterosionen oder mit der eigenen Hand in Berührung kam.

Digitized by Google

6. Es besteht fast keine Verdunstung und möglichst gleichmäßiger Gasgehalt des Blutes. Morawitz glaubt zwar, daß die praktische Bedeutung der CO_2-Spannung nicht groß sein dürfte. Bei den angegebenen Kautelen ist dieser Einfluß sozusagen gleich Null.

7. Tageszeit und Verdauungszustand (nüchtern) werden möglichst gleich gewählt, trotzdem nach Morawitz, Addis und Hartmann dies ohne deutlichen Einfluß sein soll.

Befunde:

a) Bei gesunden Personen:

Bei im ganzen 17 untersuchten gesunden Männern und Frauen ergab sich mit der angegebenen Methodik eine durchschnittliche Gerinnungszeit von 36,48 Minuten, und zwar verteilen sich die Fälle wie folgt:

3	Fälle	besitzen	eine	Gerinnungsendzeit	von	35 Minuten
7	„	„	„	„	„	36 „
4	„	„	„	„	„	37 „
2	„	„	„	„	„	38 „
1	Fall	besitzt	„	„	„	39 „

64,5 % der Fälle haben also eine Gerinnungsendzeit, die auf $^1/_2$ Minute Genauigkeit dem Durchschnitt entspricht. 29,5 % hatten eine ± Differenz von $1^1/_2$ Minute. Diese Zusammenstellung zeigt, daß bei der nötigen Übung in der Methode ziemlich gleichmäßige Zahlen erhalten werden; dies spricht für ihre Verwendbarkeit. Allerdings kann, speziell bei wenig Übung, die Variationsbreite sicher auch etwas weiter gefunden werden, ohne daß deshalb abnorme Abweichungen angenommen werden müßten.

b) Bei Hautkranken:

Nach der Feststellung des normalen Durchschnittswertes war es möglich, Vergleiche mit dem Durchschnittswert verschiedener Dermatosen anzustellen.

1. Bei Ekzempatienten:

Die 21 untersuchten Ekzempatienten lassen sich nach den erhaltenen Blutgerinnungszeiten folgendermaßen zusammenstellen:

a) Akutes Ekzem	3	Fälle	mit einer	Gerinnungsendzeit	von	36 Min.
	1	Fall	„	„	„	38 „
b) Subakutes Ekzem	1	„	„	„	„	37 „
c) Chronisches Ekzem:						
1. Gruppe	2	Fälle	„	„	„	35 „
	1	Fall	„	„	„	36 „
	2	Fälle	„	„	„	37 „
	2	„	„	„	„	38 „
2. Gruppe	1	Fall	„	„	„	43 „
	1	„	„	„	„	45 „
3. Gruppe	1	„	„	„	„	53 „
	2	Fälle	„	„	„	54 „
	1	Fall	„	„	„	55 „
	1	„	„	„	„	56 „
	1	„	„	„	„	57 „
	1	„	„	„	„	66 „

Die akuten Ekzeme stimmen also mit einer Gerinnungsendzeit von durchschnittlich 36,5, der Fall von subakutem Ekzem mit einer solchen von 37 Minuten mit der Norm überein.

Die chronischen Ekzeme lassen sich in drei Gruppen teilen:

Digitized by Google

Die 7 Fälle der ersten Gruppe entsprechen mit einem Durchschnitt der Gerinnungsendzeit von 36,6 Minuten ebenfalls der Norm.

Es handelt sich dabei um chronische, z. T. in akuten Schüben rezidivierende Ekzeme, vorwiegend der Hände und der Arme, die durch äußere Reize verschiedener Natur provoziert und unterhalten wurden, und die immer rasch abheilten, wenn die Haut richtig geschont und verbunden werden konnte. Sie entsprachen also dem Typus der Gewebeekzeme, bei denen nach der heutigen Auffassung die Wechselwirkung zwischen lokaler Überempfindlichkeit resp. Idiosynkrasie der Haut und entsprechendem äußeren Reiz das wesentliche Moment für die Entstehuug darstellt.

Die Fälle der zweiten Gruppe mit einer mäßigen Verlängerung der Gerinnungsendzeit nehmen eine Mittelstellung ein.

Der erste Fall mit 43 Minuten betrifft einen 41 jährigen Maler, bei dem im 18. Lebensjahr während der Lehrzeit ein Ekzem der Hände auftrat, das seitdem eigentlich ständig rezidiviert und anscheinend hanptsächlich durch Terpentin unterhalten wird. Es war allerdings auch während eines längeren Spitalaufenthaltes mit Ausschaltung aller äußeren Noxen nicht vollständig zur Heilung zu bringen.

Der zweite Fall betrifft ein 19 jähriges Mädchen, das zum erstenmal in seinem vierten Lebensjahr an einem ausgedehnten Hautausschlag erkrankte, der beinahe ein Jahr lang anhielt. Seitdem treten in größeren oder kleineren Zwischenräumen immer wieder kleinere Schübe auf, die sich vorwiegend an den Armen, im Gesicht und Hals lokalisieren, z. T. als lichenoide Herde, denen kleinere Erosionen aufsitzen, z. T. etwa auch als größere erodierte Flächen. Die Patientin ist physisch sehr labil und wurde mehrfach dabei überrascht, wie sie durch Kratzen und Reiben das Ekzem jeweils zu provozieren oder zu verschlimmern suchte; außerdem leidet sie anscheinend an einer Mesenterialdrüsentuberkulose.

Die zwei Fälle zeigen somit schon gewisse Anlehnung an die in der dritten Gruppe zu besprechenden; doch dürfte bei beiden für die Entstehung der Hautaffektion äußerer Reiz noch wesentlich mit eine Rolle spielen.

In der dritten Gruppe findet sich nun eine ganz außerordentlich erhöhte Blutgerinnungsendzeit.

Fünf der hierher gehörigen Patienten zeigen eine ganz einheitliche Krankengeschichte. Ihr Ekzem ist meist während des ersten Lebensjahres oder während der ersten Schuljahre aufgetreten und seitdem eigentlich nie mehr ganz verschwunden. Es handelt sich um generalisierte Eruptionen teils plaqueförmiger, infiltrierter, teils aus noch erkennbaren Einzelpapeln zusammengesetzter Herde, teils um diffuse Aussaat isolierter Ekzempapelchen. Äußere Reize sind für die Provokation der Eruption in keiner Weise verantwortlich zu machen, gelegentlich zeigt sich eine Exazerbation zur Zeit der Menses. Die Therapie ist eine sehr wenig befriedigende, indem eine definitive Heilung eigentlich nie zu erreichen ist.

Zwei weitere Fälle dieser Gruppe sind weniger klar zu rubrizieren. Der eine betrifft einen 45 jährigen Mann, der während $1^1/_2$ Jahren an einem papulovesikulösen Ekzem beider Hände litt, für das eine Ursache nicht eruierbar und das durch keinerlei Therapie beeinflußbar war. Die Affektion verschwand schließlich nach einigen Röntgensitzungen. Der Patient leidet nebenbei an einem ganz langsam sich vergrößernden Lungentumor noch unklarer Natur. Im zweiten Fall findet sich ebenfalls eine durch keine Ursache erklärliche Ekzemeruption an den Händen bei einer jüngeren Weißnäherin, die seit etwa $1^1/_2$ Jahren besteht, erst intensiver, jetzt abgeschwächt und nur vor Eintritt der Menses etwas stärker exazerbierend.

Diese beiden Patienten sind somit nicht ganz eindeutig, immerhin fehlt jeglicher Anhaltspunkt für eine äußere Schädigung.

Die fünf ersten dagegen zeigen einheitlich den Typus von Ekzem, bei dem man sich immer wieder vor die Frage gestellt sieht, ob nicht neben der lokalen Empfindlichkeit der Haut doch noch irgend ein Faktor interner Natur, speziell aus dem Gebiet der Stoffwechselstörungen mit eine

Digitized by Google

Rolle spiele, sei es im Sinn der direkten Erzeugung der Hautentzündung durch ein an der Haut angreifendes internes toxisches Produkt, sei es mehr im allgemeinen Sinn der Erzeugung eines besonderen, auf die Haut zurückwirkenden Reaktionszustandes des Körpers oder eines seiner Organsysteme, als dessen Ausdruck vielleicht die Verlangsamung der Blutgerinnung mit angesehen werden könnte.

Die Frage ist natürlich noch in keiner Weise spruchreif, immerhin ist die regelmäßige Verlängerung der Blutgerinnungsendzeit gerade bei diesen Formen des Ekzems wohl eines Hinweises wert.

Daß sie etwa als sekundär, als durch das Ekzem bedingt anzusehen wäre, ist wohl auszuschließen, da sie sich z. B. bei den z. T. schon lange dauernden Gewerbeekzemen nicht findet.

2. Bei Urtikaria:

Hier sind die Befunde sehr verschiedener Natur:

Normale Werte zeigen zwei Patientinnen mit gewöhnlicher gastrogener, über einige Tage sich hinziehender Urtikaria mit 35 resp. 36 Minuten. Ebenfalls normal mit 36 Minuten war ein dritter Patient. Er litt seit mehreren Wochen an sehr heftigen urtikariellen Schüben, z. T. mit Ödem vom Typus Quinke, ein Bild, das schon einige Jahre vorher einmal für einige Zeit aufgetreten, dann spontan wieder verschwunden war, ohne daß damals oder jetzt eine Ursache dafür hätte festgelegt werden können.

Eine eigentümliche Verkürzung der Blutgerinnungsendzeit mit bloß 24 Minuten besaß eine vierte Patientin, die am Abend vorher etwas Verdorbenes gegessen, gegen Morgen einen Urtikariaanfall bekommen hatte und 5 Stunden nach demselben untersucht wurde.

Eine ausgesprochene Verlängernng zeigten vier weitere Fälle, und zwar zwei mit 54 Minuten und zwei mit 55 Minuten. Bei zwei der Patientinnen handelt es sich um ausgesprochene Urtikaria ex frigore, die bei der einen seit mehreren Jahren im Winter beim Hinaustreten auf die Straße sich regelmäßig einzustellen pflegte. Von einer dritten Patientin wurde bestimmt die Wärme als provokatorisches Moment angegeben. Die vierte Patientin bot ein etwas eigenartiges Krankheitsbild. Die urtikariellen Efflorezenzen waren sehr zirkumskript, z. T. großen Strophuluspapeln vergleichbar, und waren ohne bestimmbare Ursachen aufgetreten.

Irgend eine Schlußfolgerung kann natürlich aus diesen Befunden noch nicht abgeleitet werden.

3. Bei verschiedenen Dermatosen:

Dermatose	Zahl der Fälle	Gerinnungsendzeit Minuten	Durchschnittszeit Minuten
Pruritus nach Ovariektomie	1	35	35
Lichen ruber planus	1	35	36,3
	1	36	
	1	38	
Neurodermitis	4	36	36,6
	4	37	
Prurigo	2	36	37
	2	37	
	2	38	
Mycosis fungoides	1	37	37
Tbc. ulcerosa cutis mit Tbc. pulm.	1	42	42
Ichthyosis mit Ekzem	1	43	43
Idiosynkrasie gegen Jod	1	46	44,5
Idiosynkrasie gegen Salvarsan	1	43	

Digitized by Google

Eine Verlängerung ergab sich somit in einem Fall von ulzeröser Hauttuberkulose. Ferner bei einem etwa 13 jährigen Mädchen mit ausgesprochener Ichthyosis. Von Zeit zu Zeit findet sich bei ihm seit Jahren eine leichte Ekzemeruption an den Händen und an den Armen, ähnlich, wie sie das 19 jährige Mädchen der zweiten Gruppe aufweist, nur nicht so ausgeprägt. Deshalb haben wir den Fall nicht dort eingereiht. Interessant ist schließlich die Verlängerung der Blutgerinnungszeit bei zwei Idiosynkrasiefällen: einer ausgesprochenen Salvarsandermatitis und einer hartnäckigen Dermatitis nach Jodanstrich.

3. Zusammenfassung.

In unseren Untersuchungen ließ sich bei einigen Dermatosen eine ausgesprochene Verlängerung der Blutgerinnungsendzeit feststellen; unter ihnen ist das einheitliche Resultat bei fünf gleichartigen Fällen von chronischem, seit Kindheit rezidivierendem Ekzem besonders auffällig. Diese zeigen eine Verlängerung von durchschittlich 56,8 gegenüber 36,4 Minuten normal.

Literatur.

Bürker, Pflügers Archiv f. Physiologie, Jahrg. 1904, Bd. 102; Jahrg. 1912, Bd. 149. — Bürker, Kongreß f. innere Medizin, 1907. — Fornio, Korr.-Bl. Schweiz., 1915, 1917, 1918. — Frisch u. Starlinger, W. kl. W., 1921. — Hartmann, M. m. W., 1909. — Heubner u. Rona, Kongreß f. innere Medizin, 1920. — Morawitz, Die Blutgerinnung in Oppenheimer: Handbuch der Biochemie, 1924, II. Aufl. — Morawitz, Die Blutgerinnung in Abderhalten: Handbuch d. biol. Arbeitsmethoden. — Naegeli, Blutkrankheiten und Blutdiagnostik, 1919, III. Aufl. — Sahli, Lehrbuch der klin. Untersuchungsmethode, 1914, VI. Aufl. — Stephan, D. m. W., 1920.

Der Schwefel in der Gewebs- und Reiztherapie.

Von

San.-Rat Dr. L. Görl und Dr. L. Voigt in Nürnberg.

Wir halten es für dringend nötig, auf die unter obigem Titel in Nr. 29 dieses Blattes erschienen Ausführungen Spiethoffs einiges zu bemerken.

Vorweg möchten wir einmal betonen, daß der in der Praxis stehende Arzt die Indikation für den Schwefel im allgemeinen nie vergessen hat und von seiner Verordnung stets häufig Gebrauch machte, auch wenn er kein Homöopath war.

Die Homöopathie ist keine Wissenschaft, sondern eine Sekte. Während die wissenschaftliche Forschung auf Grund reichlicher und genauer Tatsachenbeobachtung ihre Schlüsse zieht, Regeln aufsucht und vielleicht auch Hypothesen aufstellt, sie wieder modifiziert oder ganz verwirft, wenn der Fortschritt der Erkenntnis eine andere Betrachtungsweise ergibt, also immer tiefer in das Wesen der Erscheinungen einzudringen versucht und ständig im Flusse ist, steht dagegen die Homöopathie streng und dogmatisch an ihre Glaubenssätze gebunden da. Während der Arzt ruhig in geeignet erscheinenden Fällen homöopathisch verordnen darf, ist der Homöopath — auch der homöopathische Arzt — ein Abtrünniger seiner Sekte, wenn er es vielleicht wagen würde, einmal der sogenannten Allopathie ein Opfer zu bringen.

Hat denn übrigens die Homöopathie zu den Aufklärungen über die Wirkung kleinster Arzneimengen irgend etwas wissenschaftlich Bedeutendes beigetragen? Stammen derartige Ergebnisse nicht fast alle aus den pharmakologischen Laboratorien „allopathisch“ eingestellter Ärzte? Arbeiten wir nicht so und so oft mit kleinsten Mengen der verschiedensten Arzneimittel, mit dem einzigen Unterschied, daß wir uns nicht der geheimnisvollen Potenzen bedienen?

Digitized by Google

Dieses Geheimnisvolle ist es ja, was die Homöopathie in so enge Beziehungen zur Kurpfuscherei bringt. Man braucht nur die Auslagen einer Apotheke in der Großstadt anzusehen, um zu erkennen, wie und mit welcher Reklame überall die biochemischen und homöopathischen Medikamente feilgeboten werden. Man wird da auch beurteilen können, wie die Homöopathie vom Volke und von den Homöopathen beurteilt und verstanden wird.

Haben wir Ärzte es wirklich nötig, mit fliegenden Fahnen in das Lager der Sekte der Homöopathen überzugehen? Sollen wir wirklich unsere ganze bisherige wissenschaftliche Überzeugung aufgeben und auf Hahnemann schwören und sogar seine geheimnisvollen Zeichen gebrauchen? Müssen wir das vielleicht deshalb tun, weil der sonst so hochzuverehrende August Bier einen Artikel über unsere Stellung zur Homöopathie geschrieben hat?

Das jetzt so viel zitierte Arndt-Schultzesche Grundgesetz gilt ja auch nicht ausnahmslos, und wenn jemand nach dem Grundsatz similia similibus kurieren will, so soll er das nur ruhig tun und uns dann seinen Erfolg in wissenschaftlich brauchbarer Form übermitteln. Kein „Allopath" wird es ihm verübeln, wenn er wirklich etwas damit erreicht. Und was hat denn die Wirkung kleinster Arzneidosen eigentlich mit Homöopathie zu tun? Behandeln wir nicht so und so oft mit kleinsten Arzneidosen? Aber wird es einem Homöopathen einfallen, etwa das Sufrogel wegen seiner Heilwirkung in schwachen Dosen in seinen Arzneischatz aufzunehmen — nur aus dem Grund wohl nicht, weil es durch die Spritze in den Körper gebracht wird! Kommt da neulich ein Kranker zu uns, der Carbo animalis in der dritten Potenz wegen Blähungen von einem Homöopathen erhalten hatte. Gibt es jemand unter uns, der glauben könnte, daß ein durch Adsorption wirkendes Mittel in solch schwacher Dosis von gesteigerter Wirkung sein kann? Schließlich wird man auch die Lues mit 3. und 6. Potenz heilen wollen, ja leider ist das schon geschehen und jeder Praktiker kann wohl von derartigen traurigen Erfahrungen berichten!

Es wäre ja ganz reizvoll, bei jedem Mittel zu untersuchen, welche kleinste Dosen genügen, um eben noch einen Reiz auszuüben. Dies ist bei differenten Mitteln selbstverständlich, bei indifferenten absolut überflüssig.

Glaubt jemand mit einer Verdünnung in der 3. Dezimale Sulf. jodat. — nicht Sulfur wie Spiethoff schreibt — schon eine Wirkung zu erzielen, so braucht er dazu nicht das geheimnisvolle Zeichen 3 D zu gebrauchen, denn der Homöopath glaubt dann, daß nur diese Art der Mischung die richtige sei, sondern er schreibe eben:

Sulf. jodati 0,1 : 100,0.

Die Zahl der Armstöße, die zur Mischung verwendet werden, wird wohl nicht von Bedeutung sein (auch nach Ansicht mancher Homöopathen!).

Bei indifferenten Mitteln, wie beim Schwefel, ist aber nach meiner 30jähr. Erfahrung die eingenommene Menge völlig gleichgültig. Ob mehr, ob weniger, das Blut nimmt nur so viel auf, wie es braucht und wie es verarbeiten kann.

Der Schwefel ist ein Katalysator für die S-haltigen Eiweißsubstanzen und reguliert deren Abbau, wie das Ferrum reductum ein Aktivator für das Hämoglobin ist. Auch vom Ferrum reductum ist ein eingenommener Überschuß vollständig gleichgültig.

Der menschliche Körper arbeitet im Grunde so wie die Pflanze. Was bei der Pflanze die phosphorsauren Salze sind, die erst die richtige Verarbeitung der K- und N-Salze ermöglichen — genau wie beim Menschen die Phosphorsäure den Kalziumstoffwechsel reguliert —, das ist beim Menschen bei manchen Erkrankungen das Ferrum reductum und der Schwefel (evtl. Phosphorsäure und Arsen), die in dieser Form nie eigentliche Verbindungen eingehen, sondern nur die Körperzelle befähigen, die ihm in der Nahrung gebotenen und dem Körper zugehenden Stoffe zu entnehmen. Damit hat aber die Homöopathie doch sicherlich nichts zu tun. Und es wäre wohl richtiger gewesen, gerade in einem Aufsatz über Gewebs- und Reiztherapie sie aus dem Spiele zu lassen.

Von der Sekte der Homöopathen trennt uns ihre Dogmatik, ihre unwissenschaftliche Arbeitsmethode und ihre enge Verbindung mit der Kurpfuscherei. Wenn wir uns jetzt, wie man so manchmal hört, der Homöopathie zu „nähern" scheinen, so ist das nicht richtig. Denn wir kommen von einem anderen Ausgangspunkt mit anderen Voraussetzungen und mit anderen Begriffen. Es sind zwei verschiedene Sprachen, die wir sprechen. Und um unserer Selbstachtung willen dürfen wir die Trennungslinie nicht selbst verwischen!

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Börgyógyászati Urologiai és Venerologiai Szemle.

1925, Nr. 6.

Die iontophoretische Dermoreaktion (Az iontophoresises dermoreactio), von J. Sellei und J. Fenyö, Charité-Polikl. Budapest. S. 111. Der iontophoretischen Dermoreaktion wurde bisher allzu wenig Aufmerksamkeit gewidmet, obzwar sie der Gröer-Hechtschen Intrakutanreaktion gegenüber so manche Vorteile bietet. Sie ist sehr einfach in der Handhabung, frei von Fehlerquellen, gestattet eine einwandfreiere Beurteilung der Hautreaktion und läßt — wie aus den parallel angestellten Versuchen hervorging — in gewisser Hinsicht feinere Nüancen erkennen als die Intrakutanreaktion. Bezüglich der Intensität der Reaktion sind zu beachten: a) Hyperämie, b) Quaddel, c) hyperämischer Hof rings um die Quaddel. Von Wichtigkeit ist — ebenso wie bei der Gröer-Hechtschen Reaktion — die Inkubationszeit und die Dauer der Reaktion. Die Versuche wurden mit gewöhnlichem Wasser und physiologischer Kochsalzlösung, Adrenalin und Morphium ausgeführt. Bei Verwendung von Wasser entstand an der negativen Elektrode Hyperämie mit follikulären Quaddeln; an der positiven Elektrode nur schwache Hyperämie, gleichzeitig aber auch mäßige Hyperästhesie. (Nervenreizende Wirkung der H-Ionen.) Nach Coffein. natr. benzoic. (1%ige Lösung) trat bald Hyperämie auf, die bald eine dunkelrote Färbung annahm und in deren Bereich erweiterte Gefäßchen zu erkennen waren. Vasodilatatorische Reaktion nach Adrenalin (ein Tropfen Tonogen auf 1 ccm Wasser), ein anämischer Fleck. Morphium in verschiedenen Konzentrationen (1:100—1:10000000) diente zum Studium der lymphagogen Bereitschaft und des hyperämischen Hofes. Als Grenzwert der normalen Empfindlichkeit kann die Verdünnung 1:100000 angenommen werden, welche kaum mehr zur Quaddelentstehung führt. Dagegen entstanden bei Urtikaria auch noch nach Anwendung der Verdünnung 1:100000 follikuläre Quaddeln mit deutlichem hyperämischem Hof; ebenso auch bei der Entzündungsbereitschaft. Bei Tabes hingegen konnte bereits bei 1:10000 kaum mehr etwas von hyperämischem Hofe bemerkt werden.

Über die Prophylaxis der Syphilis (A syphilis prophylaxisáról), von J. Géber-Budapest. S. 119. Fortsetzung folgt.

Die Behandlung der Syphilis mit Bismutpräparaten. V. Mitteilung: Bismogenol (A syphilis gyógyitása bismuthkészitményekkel), von E. Lehner und E. Radnai, Polikl. Budapest. S. 124. Das Bismogenol erwies sich als ein verläßliches, energisch wirkendes Antisyphilitikum mit spirochätozider Eigenschaft. Die WR konnte auch noch in der späten Sekundärperiode günstig beeinflußt werden, und zwar wurde sie bereits nach einer Kur negativ. Zur Abortivkur verwendeten Verff. es nicht allein, sondern nur mit Salvarsan zusammen. Infolge der geringen Toxizität konnten im Laufe einer Kur bis 20 Injektionen zu 1 ccm gegeben werden ohne die geringsten Nebenwirkungen.

Nr. 7.

Stovarsol in der Syphilistherapie (Stovarsol a syphilis therapiájában), von E. Lehner und E. Radnai, Polikl. Budapest. S. 139. Die Beobachtungen, welche sich auf drei Fälle seronegativer Primärsyphilis und drei Fälle von Sekundärsyphilis beziehen, ergaben eine geringe spirochätrope Wirkung, langsame Rückbildung der Erscheinungen der Sekundärperiode, Unvermögen der Beeinflussung der WR; auch der Umschwung in die positive Phase konnte nicht verhindert werden. Am schnellsten wichen die subjektiven Beschwerden der Sekundärperiode. Unerwünschte Nebenerscheinungen, wie Schüttelfrost, Temperaturerhöhung, Magenschmerzen, Diarrhoe, wurden in zwei Fällen beobachtet. Verff. können das Mittel — kombiniert mit anderen Antisyphilitika — nur dann empfehlen, wenn die i. v. Salvarsanbehandlung aus anderen Umständen nicht durchgeführt werden kann.

Digitized by Google

Über die Prophylaxe der Syphilis (A syphilis prophylaxisáról), von J. Géber-Budapest. S. 142. Die Hauptinfektionsquelle ist die Prostitution. Der einfachste Weg wäre die Internierung der erkrankten Dirnen; irgendein Erfolg ist jedoch auf diese Weise nicht zu erwarten, da ja der Abgang aus dem Lager der geheimen Prostitution sofort ersetzt werden würde. Das Bestehen der geheimen Prostitution macht die Einschreitung und auch die damit bezweckte Kontrolle illusorisch. Nachteile der Reglementierung: 1. Die Jugend verläßt sich zu sehr auf diese Kontrolle; 2. der einmal eingetragenen Dirne wird der Rückweg zur anständigen Beschäftigung sehr erschwert; 3. die Kontrolle läßt auch vom wissenschaftlichen Standpunkte aus noch viel zu wünschen. Sie sollte sich nicht nur auf die bloße klinische Untersuchung beschränken. Empfehlung regelrechter chronisch intermittierender Behandlung auch ambulant, eventuell parallel mit der polizeilichen Untersuchung. Viel gefährlicher ist die geheime Prostitution. So konnte bei den 1253 genitalen Infektionen der Klausenburger Klinik nur in 3% der Fälle eine Ansteckung im Bordell festgestellt werden; die übrigen fielen der geheimen Prostitution zu. Zur Eindämmung dieser Infektionsquelle sollen die polizeilichen Razzien dienen, die jedoch ihres geringen sachlichen Erfolges und ihrer moralischen Anfechtbarkeit wegen zu verwerfen sind. Die einzig richtige Weg ist auch hier die Behandlung, und zwar sollen die Pat. durch taktvolle Aufklärung dazu bewogen werden, wovon gewiß mehr zu erwarten ist als von einer eventuellen Zwangsbehandlung. Natürlich muß auch den syphiliskranken Männern gegenüber dasselbe Vorgehen geübt werden. Zur Durchführung der Behandlung Einrichtung von Spitälern und Ambulatorien wenigstens mit Gratisbehandlung. Einer polizeilich verfügten Prophylaxe kommt, da wir heute noch über kein verläßliches Prophylaktikum verfügen, nur ein beschränkter Wert zu.

Mit Bismut behandelte ausgetragene Zwillingsschwangerschaft bei habituellem Abortus (Bismuth-tal kezelt kihordott ikerterhesség habituális abortusnál), von P. Szegö, Bez.-Krankenkasse Budapest. S. 148. Pat., die bisnun zweimal abortierte und zur Zeit wegen drohendem Abort ärztliche Hilfe suchte, gebar nach zwei Bi-Neosalvarsankuren (Hg wurde nicht vertragen) gesunde Zwillinge.

Zwei Fälle von schwarzer Haarzunge (Fekete szörös nyelv (Lingua pilosa nigra) két esete), von E. Lehner, Polikl. Budapest. S. 149. Es konnte weder ein spezifischer Mikroorganismus noch irgendein prädisponierendes Grundleiden festgestellt werden. In beiden Fällen wurden vor Auftreten des Leidens mehrere Wochen hindurch Pinselungen mit Tinct. ratanh. bzw. Tinct. jodi und Tinct. gallar. āā gemacht. Ein Zusammenhang ist möglich; es fragt sich jedoch, ob diese Pinselungen die alleinige Ursache darstellen, denn dann müßte die schwarze Haarzunge viel häufiger zur Beobachtung gelangen.

Die blennorrhoischen Erkrankungen der Harnwege und der Anhangsgebilde der Harnröhre und deren Behandlung (Fortsetzung) (A húgyutak s a húgycsö függelékes szerveinek gonorrhoeás megbetegedései s ezek gyógyitása), von D. Egyedi-Budapest. S. 151. Zusammenfassende Darstellung der Symptomatologie und Therapie der Paraurethritis ac. blennorrhoica, der Pathologie der chronischen Urethritis, der allgemeinen Behandlungsregeln derselben.

Nr. 8.

Immunitätserscheinungen bei spirochätogenen Erkrankungen vom zoologischen Standpunkte (A spirochaetás betegségek immunitási jelenségei zoológiai nézöpontból), von F. Grúsz, Univ.-Hautkl. Pécs. S. 167. Die Immunitätserscheinungen gleichen zum Teil denjenigen bei Bakterien; so kennen wir die Phänomene der Präzipitation, Agglutination, Komplementbindung und der allergischen Hautreaktionen. Zum Teil kommt es aber im Kampfe zwischen Wirt und Schmarotzer zu Vorgängen, die von der bakteriologischen Immunität mehr oder weniger abweichen und geeignet sind, die Protozoen- oder Protistennatur der Spirochäten zu unterstützen. In diesem Sinne wäre zu deuten die Agglomeration, d. h. die Gruppierung der Protozoen, welche das Resultat einer Art Antikörperwirkung darstellt. Sie ist bei der Spirochaeta pallida durch die von eigenem Toxin erzeugte Antikörper bedingt, kann aber auch künstlich erzeugt werden. Verf. injizierte Pferdeserum und konnte dadurch ein lebhafteres Hervortreten der syphilitischen Symptome erzielen, was letzten Endes auf eine Vermehrung der Agglomeration zurückzuführen ist. Die Wirkungssteigerung der Antisyphilitika durch parenterale Proteintherapie ist ebenfalls in diesem Sinne aufzufassen. Die Agglomeration schädigt zwar die Spirochäten, die meisten jedoch nur vorübergehend. Eine ernstere Schädigung stellt die Erscheinung dar, für welche Verf. die Benennung Rigorifikation am treffendsten findet, wobei es zu einer vollkommenen Bewegungslosigkeit der Spirochäten kommt. Sie

Digitized by Google

ist meist die Folge medikamentöser Einwirkungen. Das Schlimmste für die Spirochäten bedeutet die Parasitolyse, hervorgerufen durch den antigenen Reiz der zugrundegegangenen und aufgelösten Spirochätenkörper. Aber auch diese letztgenannten Schädlichkeiten führen nicht unbedingt zum Untergang der Parasiten; infolge der weitgehenden Akkomodation derselben kommt es nicht nur zur Bildung arzneifester, sondern auch serumfester Stämme, der sogenannten Residualformen. Es resultiert hieraus die labile Infektion, deren Gleichgewicht durch Einwirkungen mannigfachster Art gestört werden kann. (Provokation mittels parenteral einverleibter Proteinkörper oder Salvarsaninjektionen.) In diesem Stadium ist ein weiteres, für die Protozoen charakteristisches Symptom zu registrieren, nämlich die Immunität gegen Superinfektion, welche jedoch bei Syphilis nur so lange zu beobachten ist, als der Prozeß besteht; nach Abklingen desselben ist eine neue Infektion wohl möglich.

Behandlung der Acne vulgaris, rosacea und Psoriasis vulgaris mittels intramuskulärer Schwefelinjektionen (Acne vulgaris, rosacea és psoriasis vulgaris intramuscularis kéninjectiókkal való gyógyitása), von J. Géber und J. Bloch, Polikl. Budapest. S. 173. Klinische wie experimentelle Erfahrungen deuten darauf hin, daß bei genannten Affektionen eine Störung des intermediären Stoffwechsels im Spiel sein könnte, dessen Beeinflussung dann eine Verlaufsänderung des Prozesses bewirken müsse. Aus diesem Gedankengange heraus verabreichte G. bereits vor längerer Zeit Schwefel, und zwar in der Form des Sulfidal, aber ohne den erhofften Erfolg. Mit intramuskulären Injektionen von Sufrogel 0,1—0,3 ccm und von Sulfolein 1,0—2,0 ccm wurde bei Psor. vulg. und Acne vulg. nur in einem Teile der Fälle günstige Resultate erzielt, bei Acne ros. — auch den schwereren Formen derselben — ausnahmslos Heilung.

Außerordentlich oberflächliche Form der Trichophytiasis (A trichophytiasisnak rendkivül felszines kórformája), von E. Rajka, Polikl. Budapest. S. 177. Bei dieser Form besteht bloß Schuppung und eventuell noch eine minimale Hyperämie. Charakteristisch ist die Kreis- bzw. Girlandenform der Schuppung (colerette), welche eine normale oder schwach gerötete Hautpartie von Heller- bis Kronengröße einschließt. Der Prozeß — welcher sehr an die banalen Abschuppungen erinnert, wie sie besonders in den Sommermonaten zu beobachten sind — besteht entweder für sich oder mit anderen Erscheinungsformen der Trichophytie kombiniert. Er ist äußerst hartnäckig und kann mit wechselnder Intensität (stärkere Schuppung im Sommer und Herbst) Jahre hindurch andauern. Der Pilz erwies sich kulturell als eine Gypseumart.

Klinische Erfahrungen mit dem Quecksilberpräparat „Diphasol" (Klinikai tapasztalatok a „Diphasol" nevü higanykészitménnyel), von Fr. Urbán, Polikl. Budapest. S. 179. Das Diphasol (Chemosan) ist ein mildes und doch nachhaltig wirkendes Antisyphilitikum von geringerer Toxizität. Außer den klinischen Erscheinungen wird auch die WR günstig beeinflußt; sie wurde in der Hälfte der Fälle binnen zwei Monaten nach Beendigung der Kur negativ Zweimal (unter 14 negativ Reagierenden) wurde eine provozierende Wirkung beobachtet. Dosis: 1 ccm jeden zweiten Tag intramuskulär. Eine Kur besteht aus 20 Injektionen. M. Lang-Pécs.

Česká dermatologie.

1925, Nr. 7.

Die Janovskýsche Ära in der tschechischen Dermatologie, von F. Šamberger-Prag. Nachruf.

Nachruf für V. Janovský, von A. Trýb-Brünn.

Stovarsol, von P. Beutl-Brünn. Die Erfahrungen der Klinik Trýb stimmen mit jenen anderer Verf. überein. Es wurden nur bis dahin unbehandelte Fälle mit Stovarsol behandelt. Bei zwei von sechs durchweg seropositiven Fällen mußte die Behandlung abgebrochen werden. Verf. kann die Darreichung per os nur als Adjuvans neben einer antiluetischen Kur empfehlen oder für die intermittierende Behandlung latenter Stadien von Fällen, die bereits antiluetisch vorbehandelt sind. Für die allgemeine Praxis eignet sich das Stovarsol nicht.

Nr. 8.

Pathogenese der Alopecia thyreogenes, von V. Jedlička-Prag. Der Autor bestätigt die Gawalowskische Erklärung der thyreogenen Alopezien durch die pathologisch-anatomische Untersuchung dreier Fälle, welche lehren, daß es konfluente Alopezien

Digitized by Google

desselben Typus gibt, den G. bei pluriglandulären Affektionen beschrieben hat, wo die Alopezie das markanteste klinische Symptom einer benignen Hypothyreose ist. Außerdem kann diese Affektion klinisch und anatomisch vollkommen monoglandulär auftreten, wo die Alopezie überhaupt das einzige Symptom einer Schilddrüsenläsion darstellt. Es handelte sich um eine Alopezie des ganzen behaarten Kopfes und der Augenbrauen (bei intakter Behaarung der Axillae und des Mons veneris), die in zwei Fällen des Verf. bejahrte Frauen befiel; anatomisch fand man genau charakterisierte Veränderungen, und zwar: eine Thyreoiditis chronica dispersa mit totaler herdförmiger Zerstörung (fibröse Atrophie) des Schilddrüsenparenchyms bei gut erhaltenen Partien, die kompensatorische Veränderungen als Zeichen einer Hyperfunktion aufwiesen. Der Prozeß ist ein gutartiger und stellt einen zufälligen Befund auf dem Seziertisch dar. Die Parenchymreste genügten zur Verhütung einer malignen Hypothyreose. Die ätiologische Grundlage der thyreoidealen Veränderungen bleibt unklar. Die Befunde an den drei Fällen sprechen dafür, daß eine bestimmte Gruppe der Alopezie mit Veränderungen an der Schilddrüse einhergeht, die das einzige anatomische Substrat darstellen und mit Sicherheit auf eine Hypofunktion hindeuten. Es handelt sich also um hypothyreogene Alopezie.

Das trockene Komplement Pharmagans, von M. Pokorná-Prag. Überall dort, wo das Meerschweinchenkomplement versagt, kann das getrocknete Ganssche Komplement angewendet werden, besonders wenn es mit physiologischer Lösung verdünnt ist. Ein weiterer Vorteil ist der, daß es sofort zubereitet und verwendet werden kann, und daß die Lösung länger wirksam bleibt als das frische Meerschweinchenkomplement. Man arbeite mit einem Komplement von Standardwirkung. Es ist billig, und kleine Laboratorien können ohne Meerschweinchen auskommen.

Nr. 9.

Dysplasia pilorum thysaniformis s. proleptica, von K. Gawalowsky-Prag. Aus den histologischen Untersuchungen des Verf. geht hervor, daß zur Entstehung des Pinselhaares kein zusammengesetzter Follikel notwendig ist; es genügt auch ein einfacher. Normalerweise folgt, wenn die Papille ein Haar produziert hat, eine Ruhepause; hier aber bilden die Matrixzellen sofort ein neues Haar mit einer neuen Papille. Das neue Haar schiebt sich in die alte innere Scheide. Dies wiederholt sich so lange, bis die Wucherungstendenz der Matrix erschöpft ist. Daraus folgt, daß nach Entfernung der entstandenen Gebilde keine neuen mehr entstehen sollten, da die Proliferationstendenz der Matrix resp. der Papillen erschöpft ist. Auch die vorzeitige Verhornung widerspricht nicht dieser Vorstellung; im Gegenteil, beide Erscheinungen sind analog: überstürzte Proliferation, überstürzte Verhornung. Und das Resultat: Erschöpfung. Diese Überstürzung ist das Hauptsymptom einer funktionellen Störung: einer Dysplasie, und Verf. reiht diese Erscheinungen unter die kongenitalen Dysplasien ein. Für diesen Ursprung sprechen die folgenden, bis jetzt noch von keinem anderen Verf. beschriebenen Anomalien der Haare, Hypoplasie der Talgdrüsen, fehlende Anlage eines Schneidezahnes und Spina bifida occulta; hierzu kommt noch eine Läsion der Schilddrüse im Sinne eines Hyperthyreoidismus oder einer instabilité thyreoïdenne. Zum Schluß schlägt Verf. eine neue Bezeichnung vor, die die Entwicklungshemmung, den morphologischen Charakter und die biologische Auffassung zum Ausdruck bringt: Dysplasia pilorum thysaniformis s. proleptica (προληπτικός von προλαμβάνω).

Systemisierung der Hautkrankheiten, von F. Kogoj-Brünn. Verf. schlägt eine Einteilung der Hautkrankheiten nach kausal-genetischem Prinzip in zwei große Gruppen vor, und zwar in Dermatosen parasitären und nichtparasitären Ursprunges. Die zweite Gruppe teilt er in fünf Klassen ein: 1. Genodermatosen; 2. Krankheiten, welche ihre Ursache in fakultativ sich äußernden, abnormalen Hautreaktionen (Diathesen) haben; 3. idiosynkratische und anaphylaktische Hautmanifestationen; 4. Dermatosen infolge verschiedener Irritationen oder Schädigungen der normalen Haut (besonders durch chemische und physikalische Insulte); 5. Hautmanifestationen als Folgen von Störungen anderer Organe (innersekretorische Drüsen, Neurodermatosen, Störungen des hämatopoetischen Apparates oder unrichtige Blutzusammensetzung, Ikterus u. ä.) Der Vorschlag ist kein vollkommener, aber ein Versuch einer natürlichen Systemisierung.

Nitroide Reaktion nach Phlogetan, von St. Apetauer und M. Laubová-Brünn. Die Phlogetaninjektion kann analog dem Salvarsan und dem Amylnitrit eine nitroide Reaktion des Organismus hervorrufen, die sich durch den angioneurotischen Symptomenkomplex äußert. Adrenalin kann diese Reaktion verhüten. G. Mühlstein-Prag.

Digitized by Google

Actas Dermo-Sifiliograficas.

1924/25, Jahrg. 17, Nr. 2.

Tratamienta de la sifilis por via digestiva con „treparsol" (Die interne Behandlung der Syphilis mit Treparsol), von E. Alvarez Sainz de Aja-Madrid. S. 75. Das innerlich verabreichte Treparsol ist nach Verf. allen übrigen gebräuchlichen internen Syphilisheilmitteln überlegen. Es übertrifft Hg-Pillen und -Lösungen an Heilwirkung in allen Stadien der Syphilis. Die Kranken nehmen an Gewicht und Körperkräften während der Behandlung zu, im Gegensatz zu dem schwächenden Einfluß metallischer Präparate. Magen- und Darmkanal vertragen das Mittel gut, und Stomatitiden werden im Gegensatz zum Hg nicht beobachtet. Mit den Wismutpräparaten läßt sich Treparsol nicht vergleichen, da über die Wirksamkeit interner Wismutdarreichung bei Lues nichts Näheres bekannt ist. Vor dem Jod hat es den Vorzug einer kräftigen Heilwirkung und der fehlenden Jodnebenerscheinungen. Auch dem Chinin, dem eine gewisse Wirkung auf die Syphilis zugesprochen wird, ist es weit überlegen. Als Ersatz intravenöser Neosalvarsaninjektionen kann es dienen: bei latenter und tertiärer Syphilis, bei der Koexistenz von Syphilis und Tuberkulose, bei der Behandlung schlecht genährter Individuen, im Feld und auf dem Lande und bei Personen, bei denen intravenöse Injektionen nicht möglich sind. Auch kann es bei gewissen Hautkrankheiten (Jucken, Duhringsche Krankheit, Psoriasis usw.) als Ersatz anderer Arsenpräparate Verwendung finden. Jede Treparsoltablette enthält 0,25 cg. Man prüft die Toleranz, indem man von 1—2 Tabletten täglich auf 3—4 steigt und Kindern, die es ohne die geringste Unbequemlichkeit vertragen, gemäß dem Alter entsprechend weniger gibt.

Un caso de iodismo agudo (forma sincopal) (Ein Fall von akutem Jodismus), von E. Alvarez Sainz de Aja-Madrid. S. 82. Bei einer 30jähr. Frau mit Hyperthyreoidismus und suspekten Tuberkuliden der Haut wurden zu diagnostischen Zwecken intravenöse Injektionen mit Natrium jodatum (20 : 100) gemacht. Zuerst eine Injektion von 40 cg, nach zwei Tagen eine Injektion von 60 cg und nach 48 Stunden eine dritte von 1 g. Unmittelbar nach der letzten Einspritzung und bevor sie sich vom Sessel erhob, wurde die Kranke blaß, alsbald livid, verlor das Bewußtsein und fiel hin. In horizontaler Lage auf einen Tisch gebracht, blieb sie ohne Bewußtsein und ohne fühlbaren Radialispuls. Trotz Injektionen von Adrenalin, Kampfer und Koffein komplizierte sich das Krankheitsbild mit heftigem Erbrechen, Übelkeit und allgemeinem Ödem des Gesichts. Nach zwei Stunden erholte sich der Puls ein wenig, verschlechterte sich aber wieder bei dem Versuch, den Kopf zu heben. Nach sechs Stunden wurde der Puls normal; das Erbrechen und die anderen Begleiterscheinungen hörten auf. In ihre Wohnung verbracht, klagte die Pat. noch zwei Tage über heftige Ohrenschmerzen. Verf. nimmt als Ursache des akuten Jodismus Anaphylaxie an, weil die Injektionen zu schnell aufeinander gefolgt waren.

Sobre un caso de chancro sifilico uretral (Ein Fall von Primäraffekt in der Harnröhre), von E. Ledo-Valladolid. S. 84. Der Kranke bemerkte seit 16 Tagen einen unbedeutenden leicht rötlichen serösen Ausfluß, der bei Druck auf die Harnröhre sanguinolent wurde. Die Beschwerden beim Urinieren waren gering. Der unregelmäßige Urinstrahl lenkte zuerst die Aufmerksamkeit des Kranken darauf. Es bestand kein Ödem des Harnröhreneingangs. Bei der Palpation fand man $1^1/_2$ cm vom Meatus entfernt eine auf Fingerdruck etwas empfindliche Induration. Die Urethroskopie ergab ein glattes Geschwür. In dem mit einer Pipette entnommenen Serum wimmelte es von Spirochäten. Es bestand eine doppelseitige Skleradenitis inguinalis, und einige Tage später gesellte sich dazu eine Lymphangitis dorsalis penis des oberflächlichen und tiefen, durch Anastomosen verbundenen Lymphgefäßnetzes. R. Ledermann-Berlin.

Zeitschrift für Urologie.

1925, Bd. 19, H. 4.

Hat der Symptomenkomplex der sexuellen Neurasthenie wirklich ein anatomisches Substrat in der hinteren Harnröhre?, von J. Heller-Berlin-Charlottenburg. S. 241. Die Untersuchungen und Beobachtungen haben ergeben, daß eine Erkrankung der hinteren Harnröhre sich nicht als Ursache der sexuellen Neurasthenie feststellen ließ; insbesondere steht der vielfach angeschuldigte und behandelte Kollikulus in keinem

Digitized by Google

Zusammenhang zu diesem Krankheitsbilde. In der Diskussion behauptete Balog, daß die Prostata und Samenblase als Ursache anzusehen sind.

Die Behandlung der Gonorrhoe des Mannes, von L. Balog. S. 254. Der Verf. gibt nach den Richtlinien Pickers seine Behandlungsmethode an, nach der es eine chronische Blennorrhoe nicht mehr gibt. Seine Anschauungen decken sich mit den Erfahrungen bewährter Autoritäten.

Ein Fall von Eiweißstein der Blase, von E. Siedner-Berlin. S. 266. Bei einer uroseptisch zugrunde gegangenen Pat. wurde vor ihrem Tode aus der Blase schmutziggraue bis graugelbe, stinkende, zähe, membranartige Massen entfernt, welche die gallertige Konsistenz weichen Gummis hatten und auf dem Durchschnitt einen peripher gelegenen, mehr weißlichen Mantel zeigen, der einen schmutziggrauen Kern umschließt. Die Hauptmasse besteht aus durch ein feines Netzwerk verbundenen Lamellen, zwischen denen sich eine krümelig-körnige Masse befindet. Die Peripherie enthält reichlich Kalk und von klumpig verballten Leukozyten und Rundzellen stark durchsetzte Zonen. Außerdem findet man Bakterien, wahrscheinlich Bact. coli. Die chemischen Untersuchungen ergeben vorwiegenden Eiweißgehalt der Konkremente. Über die Entstehung dieser Eiweißsteine herrschen noch verschiedene Ansichten.

Fremdkörper in der Blase und multiple Blasendivertikel, von E. Sklarz-Berlin. S. 270. Demonstration einer abgebrochenen Platinöse in der Blase eines Mädchens, die aber per vias naturales abging. — Grashalme in Blase und Urethra, die sich der Pat. zu masturbatorischen Zwecken in die Harnröhre hineinpraktiziert hatte. — Multiple Blasendivertikel bei einem 72jähr. Manne, dessen zystische Beschwerden auch dem Befunde entsprachen.

Verbesserte Lampen für kleinkalibrige Zystoskope, von E. Pflaumer-Erlangen. S. 273. Der Verf. benutzt statt der bisher üblichen großkalibrigen Instrumente Kal. 23 fast ausschließlich kleinkalibrige Kal. 15 und hat dieselbe mit größeren Lämpchen versehen; Folge: geringe Schmerzhaftigkeit bei Einführung und eine bessere Beleuchtung bei der Zystoskopie.

Über die Therapie der sogenannten Fettsteine in der Blase, von K. Rosenmeyer, I. Med. Abt. Allg. Krkhs. Hamburg-Barmbeck. S. 274. Die von Lohnstein inaugurierte Benzinmethode zur Auflösung der in der Blase befindlichen Gebilde, die besonders auf der Flüssigkeitsoberfläche schwimmen, hat sich hier gut bewährt. Der Verf. hat einen solchen Paraffinstein mit der Benzinmethode entfernt. Man muß dafür bei allen derartigen Gebilden, die auf der Flüssigkeitsoberfläche schwimmen, an Paraffin oder Fettsteine denken. Die Benzinmethode ist unschädlich.

Geographische Bemerkungen über die Prostatahypertrophie, von E. Pfister-Dresden. S. 278. Verschiedene Beobachtungen ergeben die Verschiedenheit des Auftretens der Prostatahypertrophie sei es in verschiedenen Ländern und Gegenden, sei es unter der städtischen Bevölkerung gegenüber der ländlichen. Über die Ursache dieser Erscheinung läßt sich Bestimmtes nicht sagen. Jedenfalls dürfte eine vorausgegangene Entzündung nicht im Zusammenhang mit einer nachfolgenden Hypertrophie stehen.

Über Verengerungen der Ureteren, von S. Perlmann-Berlin. S. 283. Mit ausführlichen Krankengeschichten bringt der Verf. eine Übersicht über die Verengerungen der Ureteren, ihre Entstehung und Folgen und schließlich Therapie. Die Verengerungen können angeboren oder erworben sein. Unter den ersteren kommt den überzähligen Gefäßen eine große Bedeutung zu. Tuberkulose und Dekubitalgeschwüre, bedingt durch Steine, sind die häufigste Ursache der zweiten Art. Durch die Obliteration des Ureters bei Tuberkulose entwickelt sich das Bild der Tuberculosis occlusa. Am häufigsten sitzen die Verengerungen im pelvinen Teil. Die Symptome sind gering; dagegen sind die Erscheinungen sekundärer Nierenschädigung oft sehr schwer. Die Diagnose wird gestellt durch eine systematische Untersuchung, Zystoskopie, Ureterenkatheterismus, Pyelographie. Bei schwerer Schädigung der Niere bringt nur ein radikaler Eingriff Heilung.

Über renale Erkältung, von G. Armbruster-Gernsheim. S. 299. Eine Erkältung der Nieren kann durch Fernwirkung der Erkältung entstehen. Die durch Fetteinlagerung entstandenen Capsula adiposa ist aber ein natürlicher Schutz gegen unmittelbare Erkältung. Auch durch die Muskeln und Unterhautfett wird ein Schutz geboten. Eine Bluterkältung, die venös eintreten kann, vermag auch eine renale Erkältung auszulösen. Die Blutviskosität vermehrt die wärmeerzeugende Reibung des Blutes, sowohl des Gesamtblutes als insbesondere die des arteriellen Achsenzylinders, gegenüber dem übrigen Blute. Durch die Verlangsamung der Blutbeförderung bei erhöhter Viskosität wird die normale Eigenwärme nach Erkältung besser wieder erreicht. Die renale Erkältung auf dem

Digitized by Google

Lymphwege ist eine indirekte, wobei die durch Kälte bewirkte Verkleinerung der Lymphräume mehr Material für Viskosität des Blutes durch vermehrte Diffusion der Lymphgefäße in die Venen liefert. Eine unmittelbare Erkältung des Nierenparenchyms ist ausgeschlossen; ebensowenig findet eine Beeinträchtigung der Glomerulusfiltration statt.

W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Bücherbesprechungen.

Die Histologie der tierischen Haut vor und während der ledertechnischen Behandlung, von A. Küntzel. (Theodor Steinkopff, Dresden und Leipzig 1925.) Das in erster Linie für den Gerbereichemikers gedachte Werk stellt in äußerst klarer und übersichtlicher Weise unsere heutigen Kenntnisse über die Histologie der Haut dar. Es ist, zumal es auch die modernen chemischen und physikalisch-chemischen Methoden berücksichtigt, ebenfalls jedem Mediziner, der sich über dieses Gebiet orientieren will, zur Lektüre zu empfehlen. Gerade bei dem klaren Aufbau des kleinen Buches tritt hervor, wie viele Fragen noch ungeklärt sind — so bezweifelt der Verf. mit Recht, ob die elastischen Fasern der Haut und des Lig. nuchae in jeder Weise, besonders chemisch, das gleiche sind, und auch die Frage, wie und wo das Pigment gebildet wird, harrt noch ihrer endgültigen Lösung. Am Schluß finden sich zwei interessante Kapitel über die Einwirkung der Gerbvorgänge auf die Haut und über Unterschiede zwischen einigen tierischen Häuten. Blüth-Hamburg.

Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse, von J. Gerstmann. (Verlag von Julius Springer, Wien 1925.) Nach einem Rückblick auf die Versuche spezifischer und unspezifischer Therapie der progressiven Paralyse, die vor der Einführung der Impfmalaria angestellt worden sind, und nach eingehender Würdigung des Wagner von Jaureggschen Gedankenganges, der zur Inaugurierung der Malariatherapie führte, gibt Gerstmann als Mitarbeiter Wagners eine erschöpfende und sorgfältige Darstellung des Problems der Infektionstherapie der Paralyse. Infektion der Wahl ist die reine Malaria tertiana; gewarnt wird vor der Tropika. Die Malariabehandlung soll nur in der Klinik vorgenommen werden durch damit vertraute Ärzte; dann braucht auch eine Aortenlues in der Regel keine Gegenanzeige zu bilden. Die Remissionsaussichten im höheren Lebensalter scheinen geringer zu sein als im mittleren. Die Überimpfung erfolgt direkt von Mensch zu Mensch: Entnahme von 2—4 ccm Blut aus der Vene des Spenders, subkutane Injektion unter die Rückenhaut des Empfängers. Die intravenöse Überimpfung schätzt G. wegen der damit meistens verbundenen Verkürzung der Inkubationszeit nicht. Plasmodienhaltiges Blut läßt sich bis zu 75 Stunden infektionsfähig konservieren und verschicken. Die Fiebertemperatur kann 41,5°, sogar 42° erreichen. 8—12 Anfälle soll der Kranke durchmachen. Auffällig ist die Empfindlichkeit der künstlichen Tertianainfektion gegen Chinin. Mit Salvarsan nachbehandelte Fälle scheinen nach vorläufiger Übersicht häufiger eine Remission zu bekommen als nichtspezifisch nachbehandelte. Eine erhebliche und insbesondere eine langwährende Immunität hinterbleibt in der Regel nicht. Wohl wegen des Fehlens von Gameten scheint die Impfmalaria (wenigstens im Experiment) durch Anopheles nicht übertragbar zu sein. Die Kritik der Behandlungserfolge hat auszugehen von der erreichten und im Leben wieder erprobten Berufstätigkeit. Aus einer Gesamtbehandlungszahl von über 1000 Fällen ist bei den ersten 400 (bis Ende 1922) in 33% eine volle Remission (= vollkommene) Berufstätigkeit mit völligem (fast völligem) Rückgang psychischer Erscheinungen, in 14,25% eine unvollkommene (verhältnismäßig beträchtliches Maß von Erwerbsfähigkeit) Remission eingetreten. Die Remissionen dauern zum Teil schon 7 Jahre an. Mit der Dauer der Remission wird späterhin oft immer deutlicher eine Besserung auch der serologischen und Liquorsymptome, namentlich der WR und der Globulinreaktionen. Der Mechanismus der Malariawirkung auf das Gehirn scheint histologisch so zu sein, daß auf eine reaktive Steigerung der Hirnvorgänge ein Prozeßabbau einsetzt. Die Frage nach dem wirksamen Prinzip bei der Malariatherapie kann noch nicht beantwortet werden; so viele Autoren, so viele Theorien. Jedenfalls scheint das Fieber nicht die Hauptrolle zu spielen. Für den Dermatologen erscheint wichtig und interessant, daß G. theoretisch sowohl die Möglichkeit der Anwendung der Malaria zur Modifikation des Verlaufes der Lues an sich als auch prohibitiv zur Vermeidung einer späteren Metalues für gegeben erachtet und hierin mit Kyrle sympathisiert. Zum Schluß wird die Rekurrensimpfbehandlung be-

Digitized by Google

sprochen, der gegenüber G. jedoch mit anderen Verf. die Malaria vorzieht. Als Fazit bleibt, daß durch den genialen Gedanken Wagner von Jaureggs in das Dogma von der Hoffnungslosigkeit der Paralyse endlich eine nicht mehr fortzuleugnende Bresche gelegt worden ist. Das klar und übersichtlich geschriebene Werk Gerstmanns verdient weitgehendste Verbreitung. F. Bering-Essen.

Varizen-Ulcus cruris und ihre Behandlung, von E. Clasen. (3. Aufl., Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin 1925.) Clasens therapeutische Wege wurden in den letzten Jahren maßgebend beeinflußt von theoretischen, in dieser Auflage neu aufgenommenen Erwägungen. In Anlehnung an Ponndorf entstehen nach Verf. Varizen und Ulcus cruris infolge von Streptokokkeninfektion auf dem Boden einer mäßigen Tuberkelbazilleninfektion des Körpers. Ein stark tuberkulöser Organismus läßt die Streptokokken nicht hochkommen, weshalb bei deutlich tuberkulösen Individuen weder Varizen noch Ulcus cruris vorkommen. Im Gegensatz hierzu betont Verf., daß nach seinen Untersuchungen in jedem Ulcus cruris ohne Ausnahme reichlich Tuberkelbazillen zu finden sind. Clasen spricht folgerichtig daher jedes nicht etwa luetische Ulcus cruris als tuberkulöses Ulkus an. Er findet seine Ansicht durch die Erfolge seiner Therapie bestätigt: Kombination des modifizierten Unnaschen Zinkleimverbandes mit Ponndorfimpfungen, durch welche „nach der Abtötung der Schädlinge der ganze Bau der Varizen im Verlauf von 4—6 Wochen in sich zusammenfällt". Wird vom theoretischen Standpunkt aus nicht jeder den Gedankengängen Clasens folgen wollen, so wird doch gerade der Praktiker dem praktischen Teil des Buches zustimmen und die Menge des Dargebotenen, die lehrreichen Einzelwinke und Ratschläge aus erfahrenem Munde dankbar hinnehmen. Sehr zu unterstreichen ist Clasens Wort, daß die noch vielfach übliche Vernachlässigung der Ulcus-cruris-Behandlung in der Praxis und im Universitätsunterricht auch zum Schaden der Ärzte geschieht und den Kurpfuschern reiche Nahrung gibt. H. Lippert-Köln.

L'Urologie en clientèle (Die Urologie in der Praxis), von R. Le Fur. (Verlag A. Maloine et Fils, Paris 1925.) Verf. wendet sich mit seinem Buch, wie er in der Vorrede betont, an den Studenten und den Allgemeinpraktiker; er will dem Nichturologen einen Überblick über Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der kleinen, d. h. nichtchirurgischen Urologie geben. Es ist immer wieder von neuem zu begrüßen, wenn im In- und Auslande energisch daran gearbeitet wird, Pat. mit Affektionen des Urogenitalsystems einer exakten fachärztlichen Untersuchung zu unterziehen. Die Indikationen für eine urologische Untersuchung und ihre Ausführung sind trotz der vollkommenen Technik zum Schaden der Kranken auch heute noch in weitesten ärztlichen Kreisen unbekannt. Das Buch Le Furs geht ausführlich (für den Praktiker manchmal zu ausführlich) auf alle urologischen Untersuchungsmethoden ein. Instrumentarium und Apparate werden an Hand von Abbildungen geschildert. Einzelnes dürfte fehlen; dagegen bedauert Ref. es, daß z. B. ein so wichtiges diagnostisches Vorgehen wie die Pyelographie allzu kurz abgehandelt wird. Bedauerlich ist es, daß ein Teil der Abbildungen, hauptsächlich der zystoskopischen Bilder, nicht dazu angetan ist, dem Lernenden eine Vorstellung zu vermitteln. Das Buch beweist sonst die große Erfahrung des Verf., welche in umfangreicher Tätigkeit erworben ist. O. A. Schwarz-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe.

c. Therapie.

Zur Anwendung des Targesins bei Gonorrhoe mit besonderer Berücksichtigung der Posterior- und Zervikalbehandlung, von A. Schlenzka-Berlin. (Kl. W., 1925, Nr. 9, S. 430.) Verf. hat mit 1—2%igen Lösungen von Targesin bei Tripper des Mannes sehr gute Erfolge gehabt und konnte sich von der Reizlosigkeit und der durchdringenden und nachhaltigen Wirkung des Mittels überzeugen. Gonokokken sind oft schon nach wenigen Tagen geschwunden. Sehr gut hat sich ihm das Mittel auch bei der Behandlung der hinteren Harnröhre in Form eines Targesin-Tragantschleims (Tragant. alb. pulv. subl. 1,5, Spirit. 3,0, Targesin 2—5,0, Aqu. dest. ad 100,0) bewährt. In derselben Form benutzte er es auch mit günstigen Resultaten zur Zervikalbehandlung. E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Meine Erfahrungen mit Targesin, von W. Vogel, St.-Georg-Krankh. Breslau. (M. m. W., 1925, Nr. 14, S. 564.) Empfehlung des Präparates wegen seiner adstringierenden Eigenschaften, seiner Reizlosigkeit und seiner gonokokkentötenden Eigenschaften. Es wurden seit seiner Anwendung weniger Komplikationen beobachtet. Störend wirkt die Beschmutzung der Wäsche. Doch sind die Flecken leicht zu entfernen. A. v. Notthafft-München.

Über Reargon, von H. Hecht-Prag. (D. m. W., 1925, Nr. 8, S. 318.) Verf. hat unter 37 Fällen frischer Blennorrhoe 5mal Abortiv- und 6mal Frühheilung erzielt. 26 Fälle blieben ungeheilt, 8 davon hatten Komplikationen im Verlauf der Behandlung. Von 17 bereits mit anderen Mitteln vorbehandelten Fällen wurden 13 geheilt. 2 Fälle reagierten mit Komplikationen. 4 von 13 geheilten Fällen rezidivierten nach kurzer Zeit. Reargon ist nach Ansicht des Verf. kein gonokokkentötendes Mittel, sondern wirkt durch Nährbodenverschlechterung. Zum Beweis dafür dienen mikroskopische Untersuchungen 4—6 Stunden nach der letzten Reargonspritze, bei denen stets Gonokokken in reichlicher Zahl nachgewiesen werden konnten, während durch kombinierte Behandlung verhältnismäßig gute Resultate erzielt wurden. Verf. schlägt für die Behandlung mit Reargon folgendes Vorgehen vor: Bei frischer Infektion Versuch einer Abortivheilung. Beim Auftreten von Schmerzen Verdünnung der Lösung. Sind nach 8tägiger Behandlung noch Gonokokken vorhanden, Kombination mit einem anderen Mittel, z. B. 1/4%igem Hegonon. In Fällen, wo die Abortivbehandlung aussichtslos ist, Vorbehandlung mit irgend einem Silbermittel und Weiterbehandlung mit Reargon, bei längerer Dauer wiederum Kombination mit einem anderen Silbermittel. F. Harry-Wiesbaden.

Beitrag zur Frühbehandlung der Urethralgonorrhoe des Mannes mit Reargon, von W. Wagner-Leipzig. (M. m. W., 1925, Nr. 11, S. 434.) Frische Blennorrhoen der vorderen Harnröhre des Mannes wurden 50% innerhalb 2—4 Tagen geheilt. Ein Vorzug des Mittels ist es weiterhin, daß seine Anwendung die Gonokokkenuntersuchung nicht stört. A. v. Notthafft-München.

Blasensteinbildung bei Gonorrhoebehandlung mit Reargon, von K. Wiener-Breslau. (D. m. W., 1925, Nr. 6, S. 232.) Mitteilung eines Falles von Konkrementbildung nach Behandlung mit Reargon. Zystoskopisch wurde ein dattelkerngroßer, schwarzer Stein nachgewiesen, der durch Sectio alta entfernt werden mußte, da er typische Steinbeschwerden und komplette Harnverhaltung verursachte. Auf Grund dieses Falles lehnt es Verf. ab, zukünftig Reargon zu verschreiben, zumal die Heilwirkung in anderen Fällen nur gering war und dem Mittel noch andere Nachteile anhaften. F. Harry-Wiesbaden.

Über eine bisher unbekannte exsudations- und entzündungshemmende Eigenschaft der Harnsäure, von S. Levy-Köln-Bayenthal. (M. m. W., 1924, Nr. 45, S. 1572.) Verf. hat bei gewöhnlichem Fluor, weiblicher und männlicher Blennorrhoe gute Erfolge mit Harnsäure erzielt. Auch die Gonokokken ließen an Zahl nach. Über Art und Form der Harnsäureanwendung wird nichts angegeben, die Herstellung einer Silberharnsäureverbindung wird versprochen. A. v. Notthafft-München.

Über neuere Antigonorrhoica und Antisyphilitica, von H. Hirsch-Berlin. (D. m. W., 1925, Nr. 12, S. 477.) Verf. will beobachtet haben, daß in zahlreichen Fällen nach der Behandlung mit Reargon und Targesin periurethrale Infiltrate, und zwar in „bösartiger, tiefgreifender Form", auftreten. Er führt diese Komplikationen darauf zurück, daß die Littreschen Drüsen verstopft wurden und hinter diesen Pfröpfen die Gonokokken sich ansammeln, Abszesse bilden und in die Tiefe gehen. (Für die Richtigkeit dieser Ansicht bleibt Verf. jeglichen Beweis schuldig. Der Ref.) Verf. verwendet in Zukunft nur Albargin oder Rivanol, beginnt die Behandlung bei starken Entzündungserscheinungen mit Inj. mitis. Als Schwellenreizmittel bevorzugt er Terpichin (6—10 Injektionen) und setzt die Behandlung dann mit Arthigon fort. Bei Pyelitis und Zystitis hat sich ihm Zylotropin gut bewährt. Sodann bestätigt Verf. die bekannt gute Wirkung von Bismogenol und Bisuspen und empfiehlt schließlich in Fällen, wo Neosalvarsan schlecht vertragen wird, Neosilbersalvarsan zu verabreichen. F. Harry-Wiesbaden.

Über ein neues Silberpräparat, besonders geeignet zur Behandlung der Cervizitis und des Fluor albus, von A. Ruete und P. Weckesser, Univ.-Hautkl. Marburg. (Kl. W., 1925, Nr. 10, S. 452.) Verf. haben mit einem neuen Präparat Versuche bei Tripper angestellt, das ein äußerst fein verteiltes Pulver darstellt und zu 95% aus metallischem Silber und zu 1% aus Gold besteht und als Rest einen Eiweiß-

Digitized by Google

teer enthält. Es wurde dieses Präparat hauptsächlich zur Behandlung des Trippers des Weibes benutzt, indem es als Puder mit Wattestäbchen in die Zervix eingeführt wurde. Die Erfolge hiermit sollen recht gut gewesen sein — rasches Verschwinden der Gonokokken und Sistieren des Fluors. Auch bei der nicht spezifischen Urethritis der Männer haben die Verf. Erfolge beobachtet, jedoch nicht beim Tripper des Mannes. Gut waren die Resultate auch bei allen eitrigen und ulzerösen Prozessen, die hiermit behandelt wurden. Günstig wurden die verschiedenen infektiösen Erkrankungen der Tiere beeinflußt. E. Langer-Berlin.

Urogenitalapparat.

a. Allgemeines.

Die Wirkung des Spermols und Ovarins auf das isolierte Herz. Zur Physiologie der Genitalhormone, von B. Danilewsky, E. K. Prichodkowa und S. E. Sczawinskaja-Charkow. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1925, Bd. 44, H. 5/6, S. 670.) Stierhoden und Kuhovarium werden mit Wasser und Spiritus extrahiert und das Extrakt dem isolierten Kaninchenherz zugeleitet. Das so gewonnene Spermol und Ovarin üben eine erregende Wirkung aus und bewirken eine Steigerung der Frequenz und der Amplitude. Bei Vergiftung mit Alkohol, Chloroform oder Kalisalzen beseitigen sie eine vorhandene Arhythmie. Die erregende Substanz ist hitzebeständig und wirkt schon in minimalen Dosen. F. Rosenthal-Berlin.

Sur la teneur en cholestérine du testicule et des surrénales. Rapports du testicule avec la cholestérinémie (Über den Cholesteringehalt des Nebenhodens und der Nebennieren. Beziehungen zwischen Nebenhoden und Cholesterinämie), von C. Parhon u. V. Marza. (Compt. rend. Soc. Biologie, 1925, Bd. 92, Nr. 9, S. 727.) Ausgehend von den Studien verschiedener Autoren über den Cholesteringehalt der Ovarien und Nebennierenrinde wurden Tierversuche über den Cholesteringehalt des Nebenhodens verschiedener Tiere angestellt. Er schwankt zwischen 2 und 5½ g. Jodverfütterung scheint ihn zu erhöhen. Weitere Studien am Tier machen es wahrscheinlich, daß der Gehalt an Blut-Cholesterin von dem Cholesteringehalt des Nebenhodens abhängig ist. Beim Hahn z. B. führt die Kastration zu einer Verminderung des Blut-Cholesterins. O. A. Schwarz-Berlin.

Le problème de l'hyperfeminisation (Das Problem der „Hyperfeminisation"), von A. Lipschütz u. M. Tiitso. (Compt. rend. Soc. Biologie, 1925, Bd. 92, Nr. 3, S. 143.) Steinach hat nachgewiesen, daß das kastrierte männliche Meerschweinchen auf Ovariuminplantation mit einer echten „Hyperfeminisation" reagiert. Bei diesen Tieren werden Brüste und Brustdrüsen größer als bei normalen Weibchen außerhalb der Laktationszeit; er konnte sogar Kolostrum und fetthaltige Milch nachweisen. Verff. bestätigen diese Befunde an Hand von 40 Nachprüfungen. Weiter haben sie nun im Tierversuch Stellung zur Frage genommen: ist die Wirkung der Ovarial-Hormone nach Ovariumtransplantation eine verschiedene bei kastrierten männlichen und ebensolchen weiblichen Meerschweinchen? In ihren Versuchen kommen sie zu folgendem Ergebnis: Beim kastrierten männlichen Meerschweinchen bewirkt die Ovariumtransplantation nach etwa 2 Wochen eine „Hyperfeminisation". Beim jungen Weibchen dagegen kommt nur eine „Feminisation" zustande, d. h. eine der Pubertät entsprechende Entwicklung der Brüste. O. A. Schwarz-Berlin.

La production d'hormones ovariennes ou testiculaires est-elle inhibée dans l'hermaphrodisme glandulaire latent? (Wird die Produktion von Ovarial- oder Hodenhormonen durch latenten glandulären Hermaphroditismus verhindert?), von A. Lipschütz, F. Lange u. D. Svikul. (Compt. rend. Soc. Biologie, 1925, Bd. 92, Nr. 3, S. 145.) Die in der Überschrift gestellte Frage wird an Hand von Tierexperimenten folgendermaßen beantwortet: Ein transplantiertes Ovarium, welches bei Anwesenheit beider in situ befindlicher Hoden keine femininen Hormonwirkungen auslöst, kann trotzdem Ovarialhormone hervorbringen. Diese jedoch können das anatomische Substrat der Geschlechtsmerkmale nicht beeinflussen, da es unter der Einwirkung der Hodenhormone gegen die Ovarialhormone unempfindlich bleibt.
O. A. Schwarz-Berlin.

L'hermaphroditisme expérimental et le non-antagonisme des glandes sexuelles chez les Gallinacés adultes (Experimenteller Hermaphroditismus als Beweis dafür, daß bei erwachsenen Hühnern kein Antagonismus der Geschlechtsdrüsen besteht), von Pegard, Saud u. Caridroit. (Compt. rend. Soc. Biologie, 1925, Bd. 92,

Digitized by Google

Nr. 6, S. 427.) Gestützt auf Experimente an 3 Hühnern von verschiedener Art, kommen Verff. zu dem Ergebnis, daß es möglich ist, bei Keimdrüsenüberpflanzung gleichzeitige Funktion von Ovarium und Hoden zu erreichen. Es ist gleichgültig, ob es sich um männliche oder weibliche Tiere handelt. O. A. Schwarz-Berlin.

Pseudo-hermaphroditisme masculin interne (Pseudo-Hermaphroditismus masculinus internus), von L. Vermeren. (Compt. rend. Soc. Biologie, 1925, Bd. 92, Nr. 9, S. 738.) Bei einem 7½monatlichen Fötus vom Zyklopentyp waren die äußeren Genitalien männlich und normal ausgebildet, jedoch fand man außerdem einen Uterus und eine Vagina, welche in der Gegend des Colliculus seminalis mit der hinteren Harnröhre kommunizierte. Die Tuben waren rudimentär angedeutet. Zwei als Ovarien angesprochene Körper erwiesen sich histologisch als Hoden. Die Prostata war vorhanden. O. A. Schwarz-Berlin.

b. Penis, Urethra, Blase.

Über Phimosis und Balanitis, von M. Porosz-Budapest. (Gyógyászat, 1924, Nr. 36, 38.) Fortbildungsvortrag auf Grund seiner am Kriegsspital des Budapester Honvedbezirkskommando gesammelten Erfahrungen. Für die Dermatologen nichts Neues. M. Porosz-Budapest.

Zur Frage der Duplikatur der Harnröhre, von R. M. Fronstein und M. A. Saigràjeff, Staatl. Vener. Inst. Moskau. (Zschr. f. Urol. Chir., 1925, Bd. 17, H. 3 u. 4, S. 187.) Verff. berichten über 4 Fälle von Duplikaturen der Harnröhre. Entwicklungsgeschichtlich kommt von der Glans eine Einbuchtung der von der Harnblase ausgehenden Harnröhre entgegen. Treffen sich beide Ausstülpungen nicht, so entsteht eine Duplikatur der vorderen Harnröhre. Die von außen kommende Ausstülpung liegt dann oberhalb der Mündung der eigentlichen Harnröhre. Diese meist blind endende Duplikatur kann bis unter die Symphyse reichen.
A. Rosenburg-Mannheim.

A Case of True Epispadias (Ein Fall von echter Epispadie), von J. A. C. Macewen-Glasgow. (Brit. m. J., 1925, Nr. 3349, S. 454.) Bei einem 15jähr. Knaben von allgemein ziemlich minderwertiger Entwicklung fand sich bei fehlender Vorhaut, aber erhaltener unterer medianer Raphe an Stelle der Urethra auf der Dorsalfläche des zollangen Penis eine enge, ziemlich tiefe Spalte. Die operative Behandlung durch Lappenbildung war durchaus erfolgreich. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Röntgenographie der männlichen Harnröhre, von A. P. Frumkin, Chirurg. Hospitalklinik II. Univ. Moskau. (Fortschr. d. Röntgenstr., 1925, Bd. 33, H. 3, S. 401—407.) Die Anwendung unlöslicher Salze zum Anfüllen der Harnröhre ist unzweckmäßig, da trotz größter Vorsicht Partikel in die Blase gelangen können. Die Anwendung einer 25%igen Bromnatriumlösung gibt gute Kontrastwirkung und ist im allgemeinen nicht schmerzhaft, eventuell kann eine Einspritzung von Kokain 3% vorausgeschickt werden. Unter Wiedergabe einer Reihe von Bildern wird eine Darstellung der Untersuchungserfolge bei fadendünnen Strikturen mit verschnörkeltem Verlauf und Hohlraum dahinter, echten oder falschen oder traumatischen Harnröhrendivertikeln und Harnfisteln gegeben. Für die Darstellung der hinteren Harnröhre wird empfohlen, die entleerte Blase mit der Bromnatriumlösung anzufüllen und dann, während der Kranke sie wieder entleert, die Aufnahme zu machen.
E. Levin-Berlin.

Zur Diagnose der Harnröhrenstrikturen, Fisteln und falscher Wege, von F. Otto, Chir. Abt. Städt. Krkhs. Berlin-Wilmersdorf. (W. m. W., 1925, Nr. 2, S. 58.) Empfehlung der Röntgendurchleuchtung nach Injektion eines Kontrastmittels in die Harnröhre. A. v. Notthafft-München.

Urethral Injection of Sodium Hydroxid Through Error (Irrtümliche Einspritzung von Natronlauge in die Harnröhre), von E. Davis-Omaha. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 15, S. 1116.) Bei der Vorbereitung zur Kystoskopie wurde einem Pat. durch einen Irrtum der Krankenschwester statt einer Kokainlösung 10%ige Natronlauge in die Harnröhre eingespritzt. Durch die Klagen des Pat. über heftige Schmerzen wurde der Irrtum entdeckt und Harnröhre und Blase sofort, zuerst mit Borwasser, sodann mit 0,25%iger Salzsäurelösung gespült. Die nächsten drei Tage, an denen täglich mit Borwasser gespült wurde, verliefen ohne bedrohliche Erscheinungen, jedoch kam es in der vierten Nacht zu mehreren Schüttelfrösten und hieran anschließend zu Sepsis und akuter Bronchopneumonie. Der Tod trat am Ende der zweiten Woche ein. Die Autopsie zeigte eine Nekrose der Harnröhrenschleimhaut in

Digitized by Google

ihrer ganzen Tiefe und Länge mit Beteiligung der Prostata und der Samenblasen; im Parenchym beider Nieren und in der Leber fanden sich zahlreiche kleine metastatische Abszesse, im Lungengewebe zahlreiche kleine hämorrhagische Infarkte. Auf Erkundigung bei anderen Urologen konnte der Verf. dreimal den gleichen Irrtum — Injektion von Natronlauge an Stelle eines Anästhetikums in die Harnröhre — feststellen, wodurch in einem Falle der Tod des Pat. herbeigeführt wurde, während die beiden anderen glimpflicher ausgingen. Um solchen verhängnisvollen Irrtümern vorzubeugen, fordert der Verf. die Entfernung von Natronlauge, die zum Nachweis von Phenolsulfophtalein benutzt wird, aus den urologischen Untersuchungszimmern und ihren Ersatz durch Natronbikarbonat. H. Fendt-Wiesbaden.

Klinische Beobachtungen und experimentelle Untersuchungen über die Resorptionsfähigkeit der Harnröhren- und Blasenschleimhaut beim Menschen, von W. Schönfeld u. W. G. Müller, Univ.-Haut-Kl. Greifswald. (M. m. W., 1925, Nr. 8, S. 291.) Ein zur diagnostischen Feststellung einer Striktur statt mit einer bougie à boule mit einer bezüglich der Form nicht näher geschilderten Metallsonde von 17 Ch. sondierter Kranke, der unmittelbar vorher mit 5%iger Alypinlösung anästhesiert worden war, erkrankte fast unmittelbar nach der Sondierung mit Schwindelgefühl und tonisch-klonischen Zuckungen der gesamten Körpermuskulatur. Weite Pupillen. Reaktion auf Lichteinfall. Zyanose. Wiederholung der ½ Min. dauernden Anfälle, allmählich seltener, Atemstillstand, Zyanose. Pupillen zuletzt kaum noch empfindlich gegen Lichteinfall. Schließlich Herzstillstand, ½ Stunde nach der Anästhesierung. Sektionsergebnis: frische Hirnschwellung, frische Stauung in den Unterleibsorganen, kleinere Blutungen in Thymus und Darmschleimhaut. (Der Fall beweist wohl die gelegentliche Giftigkeit des Alypins, aber nach einer Sondierung einer Striktur mit Metallsonde nichts für die Resorption von der unverletzten Schleimhaut der Harnröhre aus. Ref.) Experimentelle Untersuchungen mit Pilokarpin und Tuberkulin zeigten, daß sie beim Mann von der vorderen wie hinteren Harnröhre aus resorbiert wurden: dort bald Pilokarpinerscheinungen, hier Herdreaktionen. Vorausgehend mechanische Reizung der Harnröhre (Massage oder Sonde, Dehnung) begünstigt die Resorption. Wertvoll, wenn auch nicht neu, ist die Warnung vor Anästhesierung der Harnröhre, nachdem schon Versuche mit Instrumenten gemacht sind. A. v. Notthafft-München.

Les tuberculoses génitales latentes et l'urétrite chronique tuberculeuse, von V. Richer. (Lyon méd., 1925, Bd. 135, Nr. 9, S. 249—252.) Die Fälle, in denen eine chronische Urethritis das erste Symptom einer männlichen Genitaltuberkulose darstellt, ohne daß Erscheinungen an Hoden und Nebenhoden oder an Prostata und Samenblasen nachweisbar sind, sind noch nicht genügend bekannt. Es kann sich um Fälle handeln, die vorher keinen Tripper gehabt haben und bei denen man banale oder keine Keime findet; derartige amikrobielle Katarrhe müssen stets mit großem Mißtrauen betrachtet werden und erfordern jedenfalls den Versuch der Meerschweinchenimpfung. Ist andererseits Tripper vorausgegangen, so können Gonokokken mit Tuberkelbazillen gemeinsam gefunden werden, oder erstere erst durch die Kultur nachweisbar sein, oder es handelt sich um Kranke, die schon vor dem Tripper chronische amikrobielle Absonderung gehabt zu haben angeben, und bei denen erst durch den Tripper die latente Tuberkulose nachgewiesen wird. Das Bestehen der Tuberkulose erklärt das Versagen der Behandlung der post-blennorrhoischen Urethritis; andererseits ist ungestüme Behandlung, wie Massage der Prostata und Samenblasen geeignet, eine latente Tuberkulose manifest werden zu lassen. Daraus ergibt sich die Wichtigkeit der exakten bakteriellen Diagnose, wodurch auch die Zahl der anscheinend amikrobiellen Urethritiden eingeschränkt werden wird. E. Levin-Berlin.

Radium Removal of Carcinoma of the Bladder (Blasenkrebs durch Radium geheilt), von B. S. Barringer-New York. (J. of Urology, 1925, Bd. 13, Nr. 2, S. 131.) Alle Fälle von Blasenkrebs sind einzuteilen in papilläre Karzinome und infiltrierende Krebsformen. Von 23 papillären Karzinomen wurde 15mal das Karzinom geheilt, 6mal ist die Behandlung noch nicht beendet, 2 Fälle sind gestorben. Von den 15 geheilten Tumoren waren 13 so gelagert, daß die Operation schwierig gewesen wäre, da 8 am Blasenhals und 5 im Blasendreieck lagen. Von den 15 geheilten Fällen leben nur 2 bis jetzt über 5 Jahre, die übrigen nur mehr als 2 Jahre. Die zystoskopische Untersuchung wurde alle 6 Monate kontrollierend ausgeführt. Bei der suprapubischen Entfernung starb von 9 Fällen einer ein Jahr später, es

Digitized by Google

besteht also keine Operationsmortalität. Von den infiltrierenden Karzinomen, 61 Fälle, starben 30, und wurden nur 18 mit Radium geheilt, 4 davon sind länger als 5 Jahre geheilt, aber sie sind nicht zystoskopisch nachuntersucht! Die Operationsmortalität beträgt in diesen infiltrierenden Fällen 20%. Bestand eine Infektion der Blase, so blieb die Radiumbehandlung wirkungslos. In der Diskussion wendet sich Thomas-Philadelphia gegen den Ausdruck „malignes Papillom" und will dafür den Namen „papillöses Karzinom" haben. Th. betonte, daß die Papillome der Blase auf Fulguration stets zu heilen waren, wenn sie nicht so groß waren, daß sie die Blase füllen, so daß man nicht zystoskopieren konnte, oder daß die Blutung die Zystoskopie unmöglich macht. Die Karzinome müssen eingeteilt werden (nach Ansicht Thomas') in papillöse, schwammige, Adeno-, medulläre und muköse Blasenkarzinome und in Melanokarzinome, wie sie aus der Mayoschen Klinik beschrieben werden. Jede Art von Blasenkrebs, mit Ausnahme der Papillome, muß exzidiert und reseziert werden, selbst wenn der eine oder andere Ureter transplantiert werden muß.

A. Rosenburg-Mannheim.

Zur Behandlung des Karzinoms der Harnblase, von E. Joseph, Urol. Abt. Chir. Univ.-Kl. Berlin. (M. m. W., 1925, Nr. 2, S. 45.) In nicht oder nicht mehr operierbaren Fällen von Blasenkrebs ist die intravesikale Behandlung mit Thermo- und Chemokoagulation, allenfalls in Verbindung mit der Röntgentiefentherapie zu empfehlen. Hierdurch kommt es zwar nicht zur Heilung, aber zu längerem Stillstand des Wachstums, zu Rückbildung und weitgehenden Besserungen. Der Kranke kann dann jahrelang arbeitsfähig bleiben. Die Thermokoagulation geschieht in der bekannten Weise; doch hat sich J. eine eigene Hochfrequenzsonde konstruieren lassen. Die Ätzung führt er mit Trichloressigsäure aus. Zu diesem Zwecke werden trockene Kristalle durch Erhitzung und Zusatz von einigen Tropfen Glyzerin verflüssigt und warm mittels des Ureterkatheters auf die Geschwulst aufgespritzt. Um die Urinverdünnung zu verringern, kann man die Blase mit Paraffinöl füllen. Sofortige schneeweiße Verfärbung der Geschwulst. Die gesunden Partien werden wenig gereizt. Nach Abstoßung der verätzten Teile verhärtet sich die Oberfläche der Geschwulst. Deshalb ist es nötig, vor den folgenden Verätzungen die Oberfläche der Geschwulst mit der Sonde zu durchbohren. Geschwülste im oder nahe dem Blasenscheitel können breit im Gesunden reseziert werden; bei solchen des Bodens und des Eingangs ist die Totalexstirpation der Blase auszuführen. Auch wo diese nicht mehr hilft, kann sie doch Tenesmen, Jauchung und Blutungen ersparen. In vorgeschrittenen Fällen ist es am besten der Totalexstirpation die doppelseitige Nephro- oder Hyelostomie vorauszuschicken, um der Blutung und Ulzeration in der Blase ein Ende zu machen.

A. v. Notthafft-München.

Vesical Calculi on Foreign Bodies (Blasensteine um Fremdkörper), von Ch. Mc Martin-Omaha. (J. of Urology, 1925, Bd. 13, S. 219.) Die Reaktion des Harnes, die Infektion der Blase, der Restharn und die mechanische Fixation des Fremdkörpers bilden nicht selbst Blasensteine, aber Fremdkörper werden leicht die Kerne von Blasensteinen, ohne daß die Reaktion des Urines eine Rolle spielt, selbst bei der geringsten Infektion der Blase, ohne daß ein Restharn vorhanden ist, und einerlei, ob der Fremdkörper frei oder fixiert ist. Die Harnsalze setzen sich sehr leicht auf diesen Fremdkörpern ab, die dann die Kerne dieser Blasensteine werden.

A. Rosenburg-Mannheim.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Geh. San.-Rat Dr. Oskar Rosenthal, 1. Vorsitzender und Ehrenpräsident der Berliner Dermatologischen Gesellschaft, feierte vor kurzem sein 50jähr. Doktorjubiläum.

Habilitiert: Dr. Theodor Hryntchak in Wien für Urologie. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 42 (Bd. 81) 17. Oktober 1925

Aus Prof. Unnas Dermatologicum.

Das Eleïdin.

Eine chromolytische Studie.

Von

Leon Lorberbaum und P. G. Unna.

Einleitung.

Als die Aufgabe gestellt wurde, eine chromolytische Analyse des Eleïdins, dieser in der Hornschicht der Haut allgemein verbreiteten, aber in der Fußsohle und Hohlhand am reichlichsten vorkommenden Substanz, vorzunehmen, lag bereits die 1908 aus Unnas Dermatologicum hervorgegangene Untersuchung von Ciliano[1]) vor, in der dieser auf Grund von chromolytischen Versuchen glaubte feststellen zu können, daß das Eleïdin ein genuines Eiweiß, und zwar ein Albumin ist. Diese Feststellung, die im Gegensatze zu den bis dahin geltenden Ansichten stand, sollte nunmehr mit Hilfe der seit dem Erscheinen dieser Arbeit verbesserten Methoden der Chromolyse und durch genaue und umfassende Versuche einer erneuten Prüfung unterworfen werden, die darüber die Entscheidung bringen sollte, ob das Eleïdin wirklich ein Albumin, oder ob es vielmehr ein fettartiger Körper, wie es sein Entdecker Ranvier annahm, oder nach Liebreich ein Gemisch von Eiweiß und Fett darstellt.

Färberische Darstellung des Eleïdins.

Die Darstellung des mikroskopischen Bildes des Eleïdins geschah bisher gewöhnlich an einem Fußsohlenmaterial, das in Alkohol fixiert gewesen ist. Das Schneiden des fixierten Hautstückes erfolgte ohne Einbettung direkt durch Einspannen in das Mikrotom. Als schnellste und beste Färbungsmethode für Eleïdin fand Wile[2]) in einer Arbeit, in der er zeigen konnte, daß sich Eleïdin nur mit sauren, dagegen nicht mit basischen Farbstoffen färben läßt, eine Vorbehandlung der Schnitte mit Pikrinsäure und Nachfärben mit Nigrosin. Durch die Pikrinsäure wird die sonst an und für sich mattschwarze Nigrosinfärbung stark intensiviert. Außerdem färbt die Pikrinsäure infolge ihrer Affinität als sauerstoffreicher Körper zu der sauerstoffarmen Hornschicht dieselbe gelb und liefert dadurch eine gute Kontrastfärbung zu dem von Nigrosin blauschwarz gefärbten Eleïdin. Auch wir gebrauchten diese Methode, die im folgenden kurz als „Pikronigrosinfärbung" bezeichnet sei, zur vorliegenden Untersuchung und zogen außerdem zum Vergleiche mit dieser Färbung die von Ranvier herstammende Pikrokarminfärbung heran.

[1]) Mon. Prakt. Derm., Bd. 46, 435. — [2]) Mon. Prakt. Derm., Bd. 48, 245 (1909).

Digitized by Google

Die Pikrokarminlösung wurde folgendermaßen hergestellt: 1 g reines Karmin wurde mit 1 ccm einer 10%igen Ammoniaklösung kalt gelöst und mit 25 ccm H_2O verdünnt. Von etwa Ungelöstem wurde abfiltriert und das Filtrat mit soviel einer kaltgesättigten wässerigen Pikrinsäurelösung versetzt (etwa 50 ccm), daß eine eben bleibende Fällung des Karmins eintrat. Hierauf wurde ein Tropfen Ammoniak zur Lösung des Niederschlags zugesetzt.

Die mit diesen beiden Methoden erhaltenen Bilder erwiesen sich als identisch, doch zeichnete sich die Pikronigrosinfärbung durch schärfere Kontraste und klarere Bilder aus.

Das Bild des Eleïdins, das man an mit Alkohol fixiertem Material erhält, ist bekannt. Das Eleïdin erscheint in der Höhe der basalen Hornschicht in Form von schwarzblau gefärbten „Tröpfchen, Lachen und spitz auslaufenden Bändchen", die den Eindruck einer flüssigen Masse machen. Beim Auf- und Abstellen der Mikrometerschraube erscheint das Bild zweimal, einmal auf der Ober- und einmal auf der Unterfläche der Schnitte. Wilh stellte fest, daß auch die untersten Lagen der mittleren Hornschicht, die superbasale Schicht, sich durch einen Gehalt an Eleïdin auszeichnet, und zwar in Form von Ringen, die innerhalb der einzelnen Zellen gelegen sind und einen ungefärbten kugligen Raum — die Kernhöhle — umschließen.

Im Laufe der vorliegenden Untersuchung zeigte es sich bald, daß man das beschriebene Bild des Eleïdins nicht konstant, sondern oft sehr lückenhaft erhielt. Es war dies die Folge davon, daß, wie es sich herausstellte, der zur Fixation dienende Alkohol auf das Eleïdin bereits etwas lösend einwirkt.

Auch die Erscheinung, die Wilh an mit Alkohol fixiertem Material beobachtete, daß nämlich in den superbasalen Hornzellen ein Rest von Eleïdin die Kernhöhlen ringförmig umgibt, stellte sich als Folge der teilweisen Lösung des Eleïdins durch die Behandlung mit Alkohol heraus, da das Eleïdin in den unfixierten Gefrierschnitten immer nur die Form von Bändchen und Lachen zeigt. Dagegen kann man in chromolytisch vorbehandelten Schnitten, in denen eine teilweise Lösung des Eleïdins eingetreten ist, oft Eleïdinringe um die Kernhöhlen herum nicht nur in den superbasalen Hornzellen, sondern auch überhaupt in den unteren Lagen der Hornschicht beobachten. Diese Erscheinung ist dadurch zu erklären, daß sich die herausgequollenen Eleïdin-Lachen schneller lösen als das innerhalb der Zelle besonders um die Kernhöhle herum befindliche Eleïdin.

Ähnlich ist auch die Erscheinung, daß zur Chromolyse vorbereitete Schnitte oft noch einen Rest von Eleïdin in Form von Ringen um die Schweißporen herum aufweisen, während das Eleïdin der übrigen Hornschicht bereits weggelöst ist.

Es war daher klar, daß die mit Alkohol fixierte Fußsohlenhaut kein zur Vornahme der Chromolyse des Eleïdins ideales Material darstellte. Um nun einwandfreie chromolytische Versuche vornehmen zu können, wurde daher von einer Fixierung ganz abgesehen und die frische Fußsohlenhaut direkt vereist und mit dem Gefriermikrotom geschnitten.

Die Darstellung des Eleïdins an Gefrierschnitten ergab nun die Tatsache, daß das Eleïdin in viel ausgedehnterem Maße die Hornschicht der Fußsohlenhaut erfüllt, als man es bisher annahm, und daß die bisher nur an alkoholfixiertem Material dargestellten Eleïdinbilder immer solche waren, in denen das Eleïdin in vermindertem Maße vorhanden war.

Der reichlichere Eleïdingehalt der Gefrierschnitte tritt schon makroskopisch dadurch hervor, daß die Hornschicht dieser Schnitte nicht durchgehend transparent ist, sondern zum großen Teile, und zwar an den Stellen, an denen die Färbung Eleïdin nachweist, weißlich undurchsichtig erscheint.

Digitized by Google

Das mikroskopische Bild des mit Pikronigrosin gefärbten Gefrierschnittes zeigt nun, daß das Eleïdin nicht nur in der Höhe der basalen und superbasalen Schicht, sondern meistens in allen Lagen der Hornschicht erscheint. Neben intensiv blauschwarz gefärbtem, auf die beiden Schnittoberflächen herausgequollenem Eleïdin kann man ein weniger intensiv gefärbtes innerhalb der Hornzellen befindliches Eleïdin unterscheiden.

Bei Schnitten aus dem mittleren Teil der Fußsohlenhaut mit relativ dünner Hornschicht ergibt die Pikronigrosinfärbung gewöhnlich eine Scheidung der Hornschicht in drei Teile: die schmälere, gelb gefärbte Eleïdinfreie infrabasale Schicht, dann von dieser meistens scharf abgegrenzt als Hauptschicht der Breite nach die von dem blauschwarz gefärbten Eleïdin reichlich erfüllte basale und mittlere Schicht und schließlich die schmälere wieder mehr gelb gefärbte und weniger Eleïdin enthaltende Endschicht.

Bei den Schnitten der harten Fußsohlenhaut des Ballens und der Hacke dagegen, die eine verdickte Hornschicht aufweisen, ergibt die Pikronigrosinfärbung ein etwas anderes Bild. Dieses ist besonders charakteristisch bei den Schnitten, die genau senkrecht zu den Rillen der Hornschicht geführt sind. Solche Schnitte weisen stark ausgeprägte, bergähnliche Erhebungen, die den darunter befindlichen Papillenreihen entsprechen und im folgenden kurzweg „Berge“ genannt seien, mit dazwischenliegenden talähnlichen Einsenkungen, kurz „Täler“ genannt, auf. An diesen Schnitten zeigt es sich, daß das Eleïdin hauptsächlich die Höhe der „Berge“, und zwar die ganze Dicke der Hornschicht von der basalen Schicht angefangen bis zur Oberfläche erfüllt, während es in denselben Schichten der „Täler“ nur in minimaler Menge erscheint.

Chromolyse des Eleïdins.

Nachdem in der färberischen Darstellung des Eleïdins an Gefrierschnitten eine auch für chromolytische Zwecke einwandfreie Methode gefunden war, wurde nun zur Chromolyse des Eleïdins geschritten. Diese besteht bekanntlich darin, daß man einen Gewebsteil, dessen chemische Natur man ermitteln will und der sich auf eine ganz spezifische Weise färben läßt, nun der Behandlung mit verschiedenen Reagentien aussetzt, die entweder fällend oder lösend auf diesen Gewebsteil wirken und uns hierdurch einen Aufschluß über seine chemischen Eigenschaften geben. Die erfolgte Lösung oder Fällung wird durch die spezifische Färbung festgestellt. Gemäß der vorliegenden Aufgabe wurden zu unserer Untersuchung als Reagentien sowohl solche gewählt, die Fette aufzulösen vermögen, als auch solche, die auf Eiweißkörper lösend oder fällend einwirken.

Eine Vorprüfung ergab nun zunächst, daß einerseits warmes Wasser das Eleïdin langsam und unvollständig löst, andererseits auch fettlösende Mittel Eleïdin langsam und teilweise zu lösen vermögen. Hiernach war bereits klar, daß man im Eleïdin keinen reinen Eiweißkörper, aber auch keinen reinen Fettkörper, sondern offenbar ein Gemisch eines Eiweißkörpers mit einer fettartigen Substanz vor sich hatte. Nachdem dies festgestellt war, wurde die chromolytische Behandlung so ausgeführt, daß die einzelnen Schnitte zuerst $^1/_2$ Stunde in Chloroform bei 37° gebracht wurden in der Voraussetzung, hierdurch dem Eleïdin den fettartigen Bestandteil zu entziehen. Hierauf kamen die Schnitte in die einzelnen Reagentien.

Digitized by Google

Die Einwirkungsdauer in denselben wurde auf einen bis mehrere Tage ausgedehnt, da es sich gezeigt hatte, daß das Eleïdin nur sehr langsam von seinen Lösungsmitteln gelöst wird.

Die Behandlungsweise der Schnitte gestaltete sich also folgendermaßen:

Gefrierschnitte.

1. Alkohol kurz zur Entwässerung (etwa 5 Minuten).
2. Chloroform $^1/_2$ Stunde, 37°.
3. Alkohol ganz kurz.
4. Wasser ganz kurz.
5. Reagens.
6. Wasser kurz gespült.
7. Pikrinsäure 1% $^1/_2$ Minute.
8. Wasser kurz gespült.
9. Nigrosin $^1/_2$% 1 Minute, bzw. Pikrokarmin 2—3 Minuten.
10. Wasser kurz gespült.
11. Alkohol, Öl, Balsam.

Das „latente" Eleïdin.

Bevor nun die Ergebnisse der Versuche gebracht werden, sei auf eine Erscheinung näher eingegangen, die die chromolytische Untersuchung zu Tage förderte. Abgesehen nämlich von der das Eleïdin lösenden oder fällenden Wirkung hatte die Behandlung der Schnitte mit Säuren und Alkalien auch noch eine Einwirkung auf die übrige Hornschicht, die sich bei der nachfolgenden Pikronigrosin-Färbung durch eine Änderung des ursprünglichen Hornschichtbildes kundtat.

Diese Erscheinung ist am besten an Schnitten der Fußsohlenhaut der Hacke und des Ballens mit relativ stark ausgebildeter Hornschicht zu studieren, die genau senkrecht zu den Rillen der Hornschicht geführt sind und ausgeprägte „Berge" und „Täler" zeigen, und zwar empfiehlt es sich zu diesem Zwecke, solche Schnitte für einige Stunden in eine 1%ige HCl- oder H_3PO_4- oder Soda-Lösung zu bringen. Während bei den Schnitten, die nicht vorher mit diesen Lösungen behandelt worden sind, das von Pikronigrosin blauschwarz gefärbte Eleïdin nur in den „Bergen" erscheint und die „Täler" dagegen gelb gefärbt sind und somit die Abwesenheit von Eleïdin anzeigen, ergibt die gleiche Färbung bei denselben Schnitten, die vorher mit diesen Mitteln behandelt worden sind, auch eine Nigrosinfärbung in den „Tälern". Diese sind nunmehr auch von blauschwarz bis dunkelgrünen Bändchen ausgefüllt, die dem Aussehen nach dem ursprünglichen Eleïdin der „Berge" gleichen, aber im Gegensatze zu diesem weniger intensiv gefärbt sind und sich immer innerhalb der Hornzellen befinden. Die Zwischenräume, die die einzelnen stärker von Nigrosin gefärbten Bändchen einfassen, sind nicht mehr wie im nicht vorbehandelten Schnitt diffus gelb, sondern mehr oder minder vollständig diffus grün gefärbt, offenbar weil sich diejenige Substanz, die von Nigrosin blauschwarz gefärbt wird, innerhalb der durch Pikrinsäure gelb gefärbten Hornschicht ausgebreitet hat und sich daher in einer Mischfarbe von blau und gelb: nämlich grün färbt. Die Substanz nun, die in den Schnitten durch die Behandlung mit Säuren oder Alkalien scheinbar ent-

Digitized by Google

steht und sich mit Pikronigrosin ebenso färbt wie das ursprüngliche Eleïdin, sei im folgenden vorwegnehmend kurz als „latentes" Eleïdin bezeichnet.

Auf das Wesen desselben soll weiter unten näher eingegangen werden.

Es mögen nun die Ergebnisse der chromolytischen Versuche in Form einer Tabelle folgen:

A. Eleïdin lösende Mittel.

Reagens	Temp. in Graden	Zeit in Stunden	Eleïdin-Resultat	„Latentes" Eleïdin
1. Lipoidlösende Mittel.				
Azeton . . .	37	1/2	Eleïdin teilweise verschwunden	—
Äther	37	1/2	„ „ „	—
Äther	15	60	„ „ „	—
Benzin . . .	60	16	Eleïdin völlig verschwunden	—
Benzin . . .	37	1/2	Eleïdin teilweise verschwunden	—
Benzin . . .	15	60	„ „ „	—
Chloroform .	37	1/2	„ „ „	—
Chloroform .	15	60	„ „ „	—
Schwefelkohlenstoff	37	1/2	„ „ „	—
Schwefelkohlenstoff	15	60	„ „ „	—
2. Indifferente Mittel.				
H_2O	90	5 Min.	Eleïdin völlig verschwunden	—
H_2O	37	96	Eleïdin teilweise verschwunden	—
Alkohol 96%	37	48	„ „ „	—
Alkohol 50%	37	48	„ „ „	—
3. Säuren bzw. sauer reagierende Salze.				
HCl 1‰ . .	37	24	Eleïdin größtenteils erhalten	Stark vorhanden
HCl 1‰ . .	37	120	Eleïdin größtenteils verschwunden	Schwach vorhanden
HCl 1% . .	37	24	Eleïdin erhalten	Vorhanden
HCl 1% . .	37	64	Eleïdin verschwunden (bis auf Reste, besonders um Kernhöhlen und Schweißporen herum s. S. 2).	Verschwunden
HCl 10% . .	15	72	Eleïdin verschwunden (bis auf Reste usw.)	„
H_2SO_4 1‰ .	15	72	Eleïdin größtenteils erhalten	Vorhanden
H_2SO_4 1% .	37	64	Eleïdin größtenteils verschwunden	Schwach vorhanden
H_2SO_4 10%	15	72	Eleïdin größtenteils verschwunden (bis auf Reste)	Verschwunden
HNO_3 1‰ .	37	108	Eleïdin teilweise verschwunden	Schwach vorhanden
HNO_3 1% .	37	64	Eleïdin verschwunden (bis auf Reste)	Verschwunden
HNO_3 10% .	15	72	„ „ „ „ „	—
H_3PO_4 1% .	37	24	Eleïdin größtenteils erhalten	Stark vorhanden
H_3PO_4 1% .	37	64	Eleïdin größtenteils verschwunden	Schwach vorhanden
H_3PO_4 10%	37	24	Eleïdin größtenteils erhalten	Vorhanden
H_3PO_4 10%	37	64	Eleïdin nahezu verschwunden (bis auf Reste)	Verschwunden
Essigsäure 100% . .	15	24	Eleïdin vollkommen verschwunden	—

Digitized by Google

Reagens	Temp. in Graden	Zeit in Stunden	Eleïdin-Resultat	„Latentes" Eleïdin
Oxalsäure 1%. . . .	37	64	Eleïdin teilweise verschwunden	Vorhanden
Oxalsäure 1%. . . .	37	108	Eleïdin nahezu verschwunden (bis auf Reste)	Verschwunden
Alaun 5%.	15	72	Eleïdin teilweise verschwunden	Vorhanden
Pepsin 1/2% + HCl 1%	15	24	Hornschicht größtenteils gelöst, nur Keratinnetz erhalten	—
			4. Alkalien.	
NaOH 1‰.	37	24	Eleïdin teilweise gelöst	Vorhanden
NaOH 1‰.	37	64	Eleïdin völlig gelöst, nur Keratinnetz erhalten	Verschwunden
NaOH 1%.	15	3	Eleïdin größtenteils gelöst	Vorhanden
Soda 1%. .	37	24	Eleïdin teilweise verschwunden	„
Soda 1%. .	37	64	Eleïdin nahezu verschwunden (bis auf Reste, besonders um Kernhöhlen und Schweißporen herum)	Verschwunden
Borax 1%.	37	108	Eleïdin teilweise verschwunden	Vorhanden
NH_3 10%.	15	72	Eleïdin verschwunden	Schwach vorhanden
Dinatriumphosphat 2%. . . .	15	72	Eleïdin größtenteils verschwunden	„ „
Ferrozyankalium 2%.	37	108	Eleïdin größtenteils erhalten	Vorhanden
Natriumperkarbonat 2%. . . .	15	72	Eleïdin größtenteils verschwunden	„

B. Eleïdin fällende Mittel.

Reagens	Temp. in Graden	Zeit in Stunden	Eleïdin-Resultat	„Latentes" Eleïdin
			1. Salze.	
NaCl 2%. .	37	48	Eleïdin erhalten	—
NaCl 1/1. . .	37	48	„ „	—
NaCl 1/1 + Essigsäure 2%. . . .	37	64	„ „	—
Ammonsulfat 2%. .	37	108	„ „	—
Ammonsulfat 1/1. . .	37	108	„ „	—
$ZnSO_4$ 2%.	15	72	Eleïdin größtenteils erhalten	—
$ZnSO_4$ 1/1. .	15	72	„ „ „	—
$CuSO_4$ 2%.	37	64	Eleïdin erhalten	—
$CuSO_4$ 1/1. .	37	64	„ „	—
Sublimat 2%	37	64	Eleïdin erhalten, braun gefärbt	—

Digitized by Google

Reagens	Temp. in Graden	Zeit in Stunden	Eleïdin-Resultat	„Latentes" Eleïdin
			2. Säuren und Alkaloidreagentien.	
HNO_2 1‰	15	72	Eleïdin erhalten	—
Essigsäure 1%	37	108	„ „	—
Essigsäure 10%	37	24	„ „	—
Essigsäure 10%	37	108	Eleïdin erhalten, aber Beginn der Lösung	—
Trichloressigsäure 1%	37	64	Eleïdin erhalten	—
Borsäure 1%	37	64	„ „	—
Borsäure 4%	37	64	„ „	—
Chromsäure 1%	37	64	Eleïdin erhalten, braun gefärbt Schnitt stark geschrumpft	—
Pikrinsäure 1%	37	64	Eleïdin erhalten	—
Gerbsäure 1%	37	64	Eleïdin erhalten, vom Reagens braun gefärbt, Pikronigrosin färbt nicht mehr an[1]), braune Plasmafärbung der Stachelschicht und Cutis!	—
Phosphormolybdänsäure 1%	15	72	Eleïdin erhalten, von Pikronigrosin nicht angefärbt[1])	—
Phosphormolybdänsaures Natrium 1%	15	72	Eleïdin erhalten	—

Ergebnis der Chromolyse.

Gehen wir nun daran, aus der Tabelle Schlüsse über die chemische Natur des Eleïdins zu ziehen, so haben wir bereits die teilweise Löslichkeit des Eleïdins sowohl in warmem Wasser wie auch in Lipoidlösern festgestellt und daraus geschlossen, daß im Eleïdin ein fettartiger Körper mit einer Eiweißsubstanz gemischt vorliegt. Daß die Hornschicht einen Fettgehalt aufweist, hatte bereits Liebreich angenommen und Unna und Golodetz[2]) nachgewiesen, und zwar sind es fettsaure Cholesterinester, die gleichmäßig die Hornsubstanz von der basalen Schicht bis zur Oberfläche durchsetzen. Diese sind es also auch, die den fettartigen Bestandteil des Eleïdins bilden.

[1]) Die Ursache für diese Nichtfärbung ist darin zu sehen, daß die Hornschicht und das Eleïdin mit der Phosphormolybdänsäure ebenso wie mit der Gerbsäure eine Verbindung eingehen, wodurch die Pikrinsäure nicht mehr die Hornschicht und das Nigrosin nicht mehr das Eleïdin färben kann. — [2]) Mon. Prakt. Derm., 1908, Bd. 47.

Digitized by Google

Was nun die Natur des Eiweißes betrifft, so ist folgendes festzustellen:

1. Kochendes Wasser löst Eleïdin vollständig; es kann daher kein Albumin enthalten.

2. Völlige Lösung des Eleïdins bewirken ferner bei Körpertemperatur starke und mittelstarke Säuren (HCl, H_2SO_4, HNO_3, H_3PO_4) und Alkalien (Soda, Borax, Ammoniak), und zwar in verdünnter Lösung langsam und allmählich, in konzentrierter schneller.

3. Sowohl konzentrierte als auch verdünnte Salzlösungen (NaCl, Ammonsulfat, $CuSO_4$) bewirken eine Fällung des Eleïdins.

4. Essigsäure (1—10%) sowie schwache Mineralsäuren (Borsäure) wirken fällend.

5. Alkaloidreagentien bewirken sowohl in saurer (Gerbsäure, Pikrinsäure, Trichloressigsäure, Phosphormolybdänsäure) wie auch in neutraler Lösung (Phosphormolybdänsaures Natron) eine Fällung, die manchmal nicht vollständig ist.

Alle diese Eigenschaften sprechen dafür, daß im Eleïdin ein Eiweiß enthalten ist[1]). Gehen wir an die nähere Charakterisierung desselben, so haben wir bereits festgestellt, daß es kein Albumin sein kann, wie es Ciliano annahm. Offenbar haben wir es dagegen in diesem Eiweiß mit einem albumosenähnlichen Produkt zu tun. Dafür sprechen die gesamten Eigenschaften, insbesondere die Löslichkeit in heißem Wasser und in warmer HNO_3.

Nun zeichnet sich das Eleïdin-Eiweiß durch seinen basischen Charakter aus. Diese Tatsache legt die Annahme nahe, daß es zu den Gruppen der basischen Eiweiße: Histone und Protamine, die ja bekanntlich albumosenähnlichen Charakter besitzen, gehören könnte. Ein genauer Vergleich nun der Eigenschaften des Eleïdin-Eiweißes mit denen der Histone und Protamine macht es wahrscheinlich, daß dieses chemisch der Gruppe der Histone zuzuzählen ist. Für diese Annahme sprechen folgende Gründe: Das Eleïdin-Eiweiß wird nicht nur von konzentrierten, sondern auch von verdünnten Salzlösungen (NaCl 2%, Ammonsulfat 2%) gefällt. Ferner wird es nicht nur von Alkaloidreagentien in saurer Lösung (Phosphormolybdänsäure) gefällt, sondern auch in neutraler Lösung (Phosphormolybdänsaures Natron). Diese beiden Eigenschaften aber teilt das Eleïdin-Eiweiß mit den Histonen, während dagegen Albumosen im allgemeinen nur von konzentrierten Salzlösungen und von Alkaloidreagentien nur bei saurer Reaktion gefällt werden. Die Löslichkeit des Eleïdin-Eiweißes in Alkalien spricht nicht gegen die Histon-Natur desselben, da Histone von Alkalien zwar gefällt, aber im Überschuß derselben wieder gelöst werden. Und bei den hier angewandten Versuchsbedingungen sind die Reagentien den Gewebseiweißen gegenüber immer im Überschuß. Schließlich kann das Eleïdin-Eiweiß, da es von Pepsin + HCl gelöst wird, nicht zu den Protaminen gehören, die von Pepsin + HCl nicht angegriffen werden.

---

[1]) Daß man mit Lipoidlösern in der Wärme (Benzin 60°) eine völlige Lösung des Eleïdins erreicht, wobei also neben dem Fett auch das Eiweiß durch den Lipoidlöser mitgelöst wird, spricht nicht gegen das Eiweiß im Eleïdin. Haben doch Michaelis und Rona (Oppenheimer, Biochemie Handb. Bd. 2, Teil I, S. 27) zeigen können, daß Albumosen zusammen mit Lezithin in Chloroform löslich sind!

Digitized by Google

Daß das Eleïdin ein Gemisch aus Eiweiß und Fett darstellt, hatte Liebreich bereits vermutet. Die chromolytische Untersuchung des Eleïdins hat nun den experimentellen Beweis dafür gebracht, daß in diesem ein Eiweiß und zwar ein Histon innig gemischt mit Cholesterinestern vorliegt.

Die Mischung des Histons mit den Cholesterinestern muß eine sehr innige sein. Betrachten wir das mikroskopische Bild eines Fußsohlenschnittes, der mit den Fettfärbungsmitteln Sudan oder Scharlach gefärbt ist, so zeigt es uns die Cholesterinester diffus in der Hornschicht verbreitet und am stärksten an den Stellen, an denen Pikronigrosin Eleïdin nachweist.

Wesen und Ursprung des „latenten" Eleïdins.

Wir kommen nun zur Erörterung der chemischen Natur und des Ursprungs derjenigen Substanz, die ursprünglich scheinbar nicht vorhanden, durch eine Vorbehandlung mit manchen Reagentien in der Hornsubstanz der Fußsohlenhaut mit stark ausgebildeter Hornschicht entsteht und darauf durch Pikronigrosin gleich dem ursprünglichen Eleïdin gefärbt wird. Das morphologische Bild dieser Erscheinung haben wir bereits früher gebracht und haben dort diese Substanz vorwegnehmend als „latentes" Eleïdin bezeichnet. Der Versuch zeigt nun, daß dieselben Mittel, die das ursprünglich tingible Eleïdin zu lösen vermögen, auch das „latente", sekundär tingible Eleïdin auflösen.

Die Reagentien nun, die diese Veränderung der Hornsubstanz hervorrufen, sind Säuren, Alkalien und in geringem Grade sauer und alkalisch reagierende Salze. Fragen wir nun, wodurch das „latente" Eleidin entsteht, so liegt es zunächst nahe, anzunehmen, daß es durch die abbauende hydrolytische Wirkung der Säuren bzw. Alkalien aus der Hornsubstanz geschieht. Gegen diese Annahme sprechen jedoch folgende Tatsachen: Ein solcher Abbau von genuinen Eiweißen zu Albumosen erfolgt sonst nur durch längere Behandlung oder durch Kochen. Die in Frage stehende Veränderung der Hornsubstanz dagegen erfolgt bereits nach einigen Minuten bei gewöhnlicher Temperatur und durch verdünnte Lösungen stärker als durch konzentrierte. Der Versuch zeigt ferner, daß, wenn einmal das „latente" Eleïdin durch heißes Wasser dem Schnitt entzogen ist, es aus der rückbleibenden Hornsubstanz nicht ein zweites Mal zu erzeugen ist.

Es ist vielmehr wahrscheinlich, daß das „latente" Eleïdin auch ursprünglich vorhanden war, aber in einem Zustande, in dem es von Pikronigrosin nicht gefärbt wird. Die Wirkung der Säuren bzw. Alkalien wäre dann, eine solche Zustandsänderung dieses „latent" vorhandenen Eleïdins herbeigeführt zu haben, daß es nunmehr von Pikronigrosin gefärbt wird.

Als Erklärung für eine solche Wirkung bietet sich nun die Tatsache dar, daß diejenigen Reagentien, nämlich Säuren und Alkalien, die das „latente" Eleïdin in den färbbaren Zustand zu bringen vermögen, es auch sind, die zuerst eine quellende Wirkung auf die Hornsubstanz ausüben und dann bei längerer Einwirkung Eleïdin, das ursprüngliche sowohl wie auch das „latente", zu lösen vermögen. Ferner wissen wir, daß der Flüssigkeitsgehalt der Hornzellen schwächer ist in den „Tälern", dem hauptsächlichen Erscheinungsorte des „latenten" Eleïdins, als in den „Bergen",

Digitized by Google

eine Erscheinung, die offenbar dadurch bedingt ist, daß die „Berge" der Hornschicht oberhalb der Papillen gelegen sind und dadurch ein Maximum der Durchfeuchtung erfahren, während dagegen die „Täler" die zwischen den Papillen gelegen sind, nur minimal durchfeuchtet sind. Kombiniert man diese beiden Tatsachen, so ergibt sich folgendes: Aus denjenigen Hornzellen, in denen das Eleïdin reichlich und in flüssigem Zustande vorhanden ist, und das ist in den „Bergen" der Fall, quillt es beim Anschneiden auf die Oberfläche der Schnitte und wird ohne weiteres von Pikronigrosin gefärbt. In einem Teil der Hornzellen aber, besonders in dem der „Täler", befindet sich weniger Eleïdin und in einem festeren, eingetrockneten Zustand. Dieses Eleïdin bleibt beim Anschneiden innerhalb der Hornzellen eingeschlossen und wird von Pikronigrosin zunächst nicht gefärbt. Die Ursache für diese Nichtfärbung dürfte darin liegen, daß hier das basische Eleïdin von der reichlich vorhandenen saueren Hornsubstanz eingehüllt ist — und wir wissen, daß gerade in den „Tälern", wo kein beim Anschneiden herausquellendes Eleïdin sitzt, die Hornsubstanz stark sauer reagiert, da sie sich dort mit basischen Farben (blaues Polychrom, Pyronin) stark färbt — und infolgedessen von dem sauren Nigrosin nicht angefärbt werden kann. Es ist nun anzunehmen, daß durch die im ersten Stadium die Hornsubstanz aufquellende Wirkung der Säuren und Alkalien Wasser in die Hornzellen eindringt. Das im Wasser schwerlösliche Eleïdin reichert sich mit Wasser an, trennt sich hierdurch von der im Wasser unlöslichen übrigen sauren Hornsubstanz und läßt sich jetzt von Pikronigrosin färben. Bei längerer Einwirkung (ein bis mehrere Tage je nach Konzentration und Temperatur der Lösung) erfolgt dann allmählich durch die Säure oder das Alkali völlige Lösung des Eleïdins, des flüssigen herausgequollenen der „Berge" sowohl als auch des „latenten" der „Täler".

Eleïdin und „Hornalbumosen".

Während die Charakterisierung des Eiweißes im Eleïdin als Histon neu ist, ist dagegen die Existenz von Albumosenkörpern überhaupt in der Hornschicht seit längerem bekannt. Unna und Golodetz gelang es in ihren Studien über die Hornsubstanz[1]) zu zeigen, daß man durch gleichzeitige Einwirkung von stärksten Säuren und Oxydatoren die Hornsubstanz in verschiedene Bestandteile zerlegen und diese isolieren kann. Bei einer derartigen Einwirkung erhielten diese Autoren aus der Hornsubstanz der menschlichen Fußsohlenhaut außer zwei verschiedenen Keratinen als Hauptmenge, nämlich über 70%, unverhornte leichtverdauliche Eiweißkörper, die sie nach ihren Eigenschaften als Albumosen charakterisieren konnten. Es warf sich nun die Frage auf, in welchem Zusammenhange diese „Hornalbumosen" mit dem Eleïdin-Eiweiß stehen. Zur Beantwortung dieser Frage bot sich die Eisen-Tannin-Färbemethode als Handhabe dar, deren Anwendung eine Doppelfärbung der Fußsohlenhornschicht ergibt, die durch das Vorhandensein von Albumosen in der Hornschicht erklärt worden ist. Sie ist zuerst von Unna und Golodetz[2])

[1]) Mon. Prakt. Derm., 1907, Bd. 44 und 1908, Bd. 47. — [2]) Mon. Prakt. Derm., 1909, Bd. 49, S. 95.

Digitized by Google

studiert worden und besteht in einer sukzessiven Behandlung von Schnitten mit einer Lösung von Eisenchlorid und Tannin. Sie zeichnet sich dadurch aus, daß — und dieses kommt bei den Schnitten der dicken Fußsohle, die senkrecht zu den Rillen der Hornschicht geführt sind, besonders gut zur Erscheinung — bei diesen Schnitten die Hornzellen der „Berge" braunrot gefärbt erscheinen, während die dazwischenliegenden Hornzellen der „Täler" dunkelviolett gefärbt sind.

Durch Färbung nun von Zelloidinblöcken, die einerseits die isolierten Keratine, andererseits die Hornalbumosen in Pulverform aufgeschwemmt enthielten, haben Unna und Golodetz gezeigt, daß es die Keratine sind, die bei dieser Färbungsmethode dunkelviolett, dagegen die Hornalbumosen, die dabei braunrot gefärbt werden. Hiernach sollten auf den „Bergen" die an Keratin armen und an Albumosen reichen Hornzellen (= A-[Albumosen] Zellen) konzentriert sein, während die „Täler" von den an Albumosen armen und an Keratin reichen Hornzellen (= H-[Horn] Zellen) erfüllt wären. Dem ganzen Bilde nach konnte es sehr gut das Eleïdin sein, das die braunrote Färbung der „Berge" verursachte. War dies wirklich der Fall, so mußte der Farbengegensatz zwischen den braunroten „Bergen" oder A-Zellen und den dunkelvioletten „Tälern" oder H-Zellen verschwinden, wenn das Eleïdin dem Schnitte entzogen wurde. Dahin gehende Versuche zeigten, daß dem wirklich so ist. Färbt man einen Schnitt, nachdem er durch kurzes Behandeln in kochendem Wasser frei von Eleïdin gemacht worden ist, nach der Eisen-Tannin-Methode, so sind nunmehr die „Berge" der Hornschicht nicht mehr braunrot, sondern ebenso dunkelviolett gefärbt wie die „Täler". Hieraus ist zu schließen, daß es das Eleïdin ist, daß die „Berge" in Kontrastfärbung zu den „Tälern" erscheinen läßt. Ferner ist es nunmehr sichergestellt, daß wirklich ein albumosenähnlicher Körper, nämlich ein Histon, normalerweise in der Hornschicht enthalten ist, da dieses schon durch physikalische Einwirkung (Anschnitt, Quellung) freizumachen ist, während bisher noch ein Zweifel bestehen konnte, ob die durch gleichzeitige Einwirkung von stärksten Säuren und von Oxydatoren isolierten „Hornalbumosen" bereits als solche in der Hornschicht vorhanden waren oder ob sie erst durch die abbauende Wirkung der starken Säuren aus genuinen Eiweißen der Hornsubstanz hervorgingen.

Die Feststellung, daß das Eleïdin die Kontrastfärbung bei der Eisen-Tannin-Färbemethode hervorruft, gibt uns auch eine Deutung der bisher rätselhaften Doppelfärbung dieser Färbemethode. Demnach hängt die endgültige Färbung, die ein Gewebsteil bei dieser Methode annimmt, nicht nur ab von der Affinität des Gewebsteils zu Eisenchlorid, sondern auch von der basischen oder sauren Reaktion dieses Gewebsteiles. In den „Tal"-zellen der Hornschicht, die hauptsächlich aus dem sauren Keratin bestehen, erhält sich die ursprüngliche dunkelviolette Farbe der Eisen-Tannin-Verbindung. In den Hornzellen der „Berge" aber, die das basische Eleïdin in reichlichem Maße enthalten, ebenso wie in der von der alkalischen Lymphe durchflossenen Kutis ist die dunkelviolette Eisen-Tannin-Verbindung nicht beständig, sondern sie wird durch die alkalische Reaktion infolge Freiwerdens von Eisenoxydhydrat in eine braunrot gefärbte umgewandelt.

Digitized by Google

Ergebnisse.

1. Die bisher an mit Alkohol fixiertem Material dargestellten Eleïdinbilder waren immer solche, in denen das Eleïdin durch die lösende Einwirkung des Alkohols in vermindertem Maße vorhanden war. Die Darstellung des Eleïdins an Gefrierschnitten gibt dagegen das ursprüngliche Eleïdinbild und zeigt, daß das Eleïdin in ausgedehnterem Maße die Hornschicht der Fußsohlenhaut erfüllt, als man es bisher annahm.

2. Das Eleïdin erfüllt gewöhnlich die gesamte Hornschicht von der basalen Schicht ab bis zu ihrer Oberfläche. An Schnitten der dicken Fußsohlenhaut, die genau senkrecht zu den Rillen der Hornschicht geführt sind und einen regelmäßigen Wechsel von ausgeprägten Wellenbergen und Wellentälern aufweisen, ist es hauptsächlich auf den „Bergen" (A-Zellen) konzentriert und weniger in den „Tälern" (H-Zellen) vorhanden. An Schnitten der dünneren Fußsohlenhaut dagegen ist das Eleïdin gleichmäßig und hauptsächlich in der basalen und mittleren Hornschicht vorhanden.

3. Das Eleïdin stellt einen Komplex dar, in dem sich ein Histon innig gemischt mit den in der Hornschicht befindlichen fettsauren Cholesterinestern befindet. Völlige Lösung des Eleïdins erfolgt durch Wasser und Lipoid-lösende Mittel in der Hitze (H_2O 90°, Benzin 60°), durch Alkalien (Soda 1%) und stärkere Säuren (HCl) schon bei Körpertemperatur. Salzlösungen, Alkaloidreagentien und schwache Säuren bewirken eine Fällung.

4. Nach kürzerer Behandlung der Fußsohlenhaut der Hacke und des Ballens mit relativ verdickter Hornschicht mit starken und mittelstarken Säuren (HCl, H_2SO_4, HNO_3, H_3PO_4) und mit Alkalien (Soda, Borax) kann man in den Schnitten in den Teilen der Hornschicht, die ursprünglich frei von Eleïdin schienen, also besonders innerhalb der Hornzellen der „Täler" (H-Zellen), mit der Pikronigrosinfärbung eine Substanz nachweisen, die ihren Eigenschaften nach ebenfalls als Eleïdin zu bezeichnen ist („latentes" Eleïdin). Dieses befindet sich offenbar schon in dem nicht vorbehandelten Material, aber in einem eingetrockneten und von der sauren Zellsubstanz eingehüllten Zustande, so daß es beim Anschneiden nicht wie das flüssige Eleïdin auf die Schnittoberflächen herausquillt und auch innerhalb der Zelle nicht angefärbt wird. Durch die Behandlung mit Säuren und Alkalien wird, wohl durch einen Quellungsvorgang hervorgerufen, zunächst das „latente" Eleïdin von der übrigen Hornsubstanz getrennt und hierdurch tingibel. Nach längerer Einwirkung erfolgt dann aber durch dieselben Reagentien auch eine Lösung des „latenten" Eleïdins.

5. Die durch die Eisen-Tannin-Methode erhaltene Doppelfärbung der Fußsohlenhornschicht erklärt sich durch das Vorwalten des basischen Eleïdins auf den „Bergen" (A-Zellen) und der sauren Hornsubstanz in den „Tälern" (H-Zellen).

Digitized by Google

Zur Chromolyse der Spirochaeta pallida.

Von

Dr. H. MÜHLPFORDT in Allenstein.

Angeregt durch P. G. UNNAS (1) Hinweis, daß auch Zellipoide in gleicher Weise wie Zelleiweiß durch die Chromolyse chemisch zu erforschen seien, hielt ich es für möglich, daß die Spir. pallida außer aus Eiweißbausteinen auch aus Lipoiden bestehe. Da die von mir (2) gefundene Färbung der Pallida mit 3%iger wäßriger Viktoriablau-4-R-Lösung jedoch auch nach 24stündiger Vorbehandlung der Ausstriche in Äther und Benzin in der gleichen Farbintensität zu erzielen war, so glaubte ich die Färbung lediglich als Farbstoffeiweißverbindungen auffassen zu müssen, was dann aber im weiteren Verlaufe meiner Färbungsreihen zu unlöslichen Widersprüchen führte. Die gerade zu dieser Zeit erschienenen Arbeiten SCHUMACHERS (3, 4) klärten mit einem Male die Widersprüche in meinen Untersuchungen auf. SCHUMACHER hatte die gleiche Anregung UNNAS in anerkennenswerter Weise hartnäckiger verfolgt und konnte als wesentlichen Baustein der Pallida Lipoproteide — Verbindungen von Lipoidsäure mit Eiweiß — feststellen[1]), die äther- und benzinunlöslich sind. SCHUMACHER hält es auch für möglich, daß in der Pallida außerdem noch ätherlösliche freie Lipoide enthalten sind. Dieser Anschauung muß ich sowohl auf Grund der oben angeführten Untersuchungen widersprechen, als auch deshalb, weil ich die Pallida mit den typischen Lipoidfarbstoffen (Sudan III, Scharlach R, Sudanbraun) niemals färben konnte.

Durch UNNAS Chromolyse wissen wir, daß 1%ige wäßrige Kochsalzlösung aus der Zelle das saure Eiweiß im Oberstock (Zytose und Globuline) extrahiert, und daß 15%ige Salzsäure die basische Mittelschicht entfernt, so daß dann nur der aus anderen basischen und reduzierenden Eiweißen gebildete Grundstock übrig bleibt (Stockwerktheorie).

Bei Übertragung dieser Vorstellung und Methodik auf die Spir. pall. fand ich, daß die Färbung der Pallida mit Viktoriablau 4 R, nachdem ich körperwarme bzw. heiße 1%ige NaCl-Lösung wie auch 15%ige HCl auf die Pallida im Ausstrich mehr oder weniger lange hatte einwirken lassen, unverändert stark war. Auch eine Oxydation des, wie wir noch sehen werden, in der Pall. vorhandenen reduzierenden Eiweißes mittels 1%igem $KMnO_4$ schwächte die Färbung der Pallida mit Viktoriablau 4 R nicht im geringsten ab. Bemerkt sei endlich, daß Versuche mich lehrten, daß auch starke Reduktionsmittel (konzentrierte wäßrige Resorzin-, Hydrochinon-, Pyrogallol-, Rongalit-, Neosalvarsanlösung) die Färbung mit meiner 3%igen Viktoriablau-4-R-Lösung nicht beeinträchtigten. Vorbehandlung mit 3%igem H_2O_2 (10 Minuten lang) ließ dagegen die Färbung mit Viktoriablau um ein weniges farbschwächer erscheinen.

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: Wie ich dem soeben erschienenen Buche von MARG. ZUELZER (17) entnehme, hat diese Forscherin bereits 1923 dem Gedanken Ausdruck gegeben, daß gewisse kleine Spirochätenformen, deren Lösung in Eiweißlösungsmitteln sehr langsam vor sich geht, aus Lipoideiweißverbindungen bestehen.

Digitized by Google

Es muß also ein anderer Baustein sein, der die Färbung mit Viktoriablau 4 R gibt, und dieser ist in der Tat — darin hat Schumacher recht — ein Lipoproteid. Dagegen spricht auch nicht, daß Oelze (5) im polarisierten Licht keine Doppelbrechung der Pallida feststellen konnte; denn einmal zeigen wahrscheinlich nur freie Lipoide, deren Anwesenheit ich verneinen muß, Doppelbrechung, oder auch die Zartheit des Objekts läßt uns die Doppelbrechung nicht sehen.

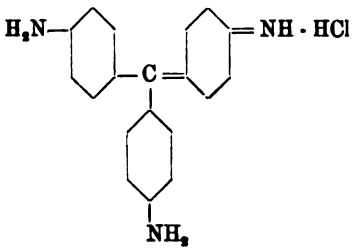
Um nun die farbchemischen Vorgänge bei dieser Lipoproteidfärbung aufzuklären, entwässerte ich zerriebene Gehirnsubstanz in der Kälte mit Azeton und extrahierte den Rest mit Äther. Der nach Verdunstung des Äthers erhaltene Rückstand gab positiven Ausfall der Proben auf Zerebroside, enthielt also zum mindesten diese Lipoide in reichem Maße. Neutralfett war in den Gehirnlipoiden nicht vorhanden, denn sie gaben keine Verseifung.

Allbekannt ist, daß „Fettfarbstoffe" (Sudanbraun, Scharlach R, Fettponceau R) Lipoide färben; dies veranlaßte mich, die gewonnenen Gehirnstoffe auf ihre Färbbarkeit mit Farbstoffen vieler Farbstoffgruppen, ohne Rücksicht auf ihre Reaktion, in wäßriger Lösung zu untersuchen. Intensive Färbung zeigten Sudanbraun, Scharlach R und die Triphenylmethanfarbstoffe Malachitgrün, Fuchsin, Methylviolett, Viktoriablau 4 R und B. Recht gut färbten Safranin, Nilblau BR, Naphthylaminbraun sowie konzentriertes Methylenblau die Gehirnlipoide, schwach Neutralrot, 1 %iges Methylenblau, Erythrosin, Eosin und der Triphenylmethanfarbstoff Chinablau. Sehr schwach färbten Martiusgelb, Trypaflavin und Trypanrot, gar nicht die Triphenylmethanfarbstoffe Lichtgrün SF, Brillantdianilblau 6 G, Wollgrün S und Methylgrün, ferner Neutralviolett, Trypanblau, Neosalvarsan, Thiazinrot und Hämalaun.

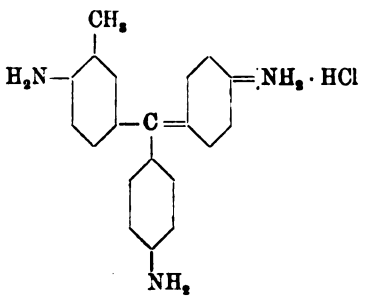
Ganz auffallend ist also auch hier, wie bei der Färbung der Pallida (2), die starke Farbintensität basischer Triphenylmethanfarbstoffe.

Worauf beruht nun die starke Verwandtschaft beider Stoffe zueinander?

Das Fuchsin ist ein Gemisch der salzsauren Salze von Pararosanilin =



und Homorosanilin =



Digitized by Google

Ähnlich sind die anderen basischen Triphenylmethanfarbstoffe zusammengesetzt; alle enthalten drei $-C_6H_5$-Radikale, die beim Malachitgrün zweimal, bei den anderen dreimal amidiert sind.

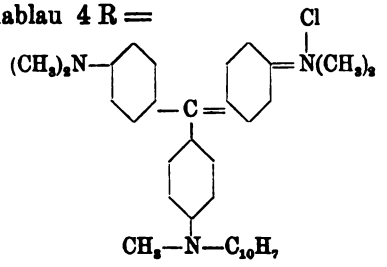
Ich untersuchte nun, ob auch das Phenol $= C_6H_5OH$ lipoidlösende Eigenschaften besitzt. Aq. carbolisata löste die Gehirnlipoide nicht, Acid. carbolic. liquefact. ebenfalls nicht in der Kälte, wohl aber in der Wärme. Auch beim Abkühlen bleiben dann die Lipoide in Lösung.

Ich behandelte im Parallelversuch Pallidaausstriche mit heißer Acid. carbolic. liquefact. vor — die folgende Färbung mit Viktoriablau 4 R zeigte keine Färbung der Pallida mehr, während Vorbehandlung mit kalter Karbolsäure die Spirochäte stets gut gefärbt zeigte. Der Beginn des Zerfalls der Pallida läßt sich beobachten, wenn man mäßig heiße Karbolsäure verwendet — dann beginnen die Konturen der, wie bei der Fontanamethode, breit und dick daliegenden Spirochäten verwischt zu erscheinen und die Windungen an Deutlichkeit einzubüßen.

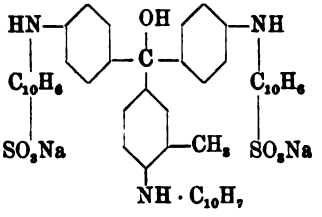
Heiße Acid. carbolic. liquefact. vermag also Lipoproteide aufzulösen. Praktisch ist dies bereits von GIEMSA (6) verwertet worden, der ein Triphenylwismut $= (C_6H_5)_3Bi$ zur Behandlung der Lues empfiehlt, das „starke Lipotropie" besitzt und „die Möglichkeit bietet, unzersetzt in die lipoidreichen Zellgebiete des Zentralnervensystems tiefer einzudringen". Mir erscheint es — rein theoretisch — sogar sehr wahrscheinlich, daß dieses von GIEMSA hergestellte Wismutpräparat nicht nur seinen Weg in die Lipoide des Körpers findet, sondern sogar direkt die Lipoproteide der Pallida selbst chemisch bindet.

Was ich für die Phenylradikale des Triphenylwismuts vermute, stehe ich nicht an, für die der basischen Triphenylmethanfarbstoffe zu behaupten. Deren gute Färbung kann nur eine Phenylgruppenwirkung sein, wobei die basische Reaktion freilich unerläßliche Mitbedingung ist, denn saure Triphenylmethanfarbstoffe färben weder die untersuchten Gehirnlipoide noch die Pallida.

Daß das Viktoriablau 4 R =

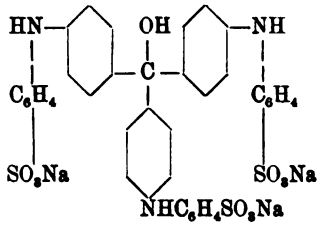


besonders schön und intensiv färbt, liegt — neben der bathochromen Farbe — vermutlich daran, daß die in ihm enthaltene Naphthylgruppe die Ringe um zwei vermehrt. Dies ist beim Brillantdianilblau 6 G =



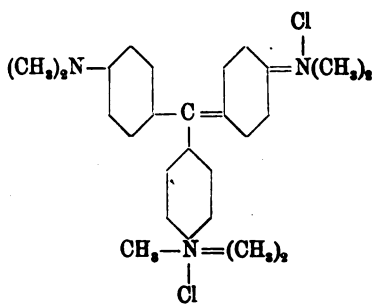
Digitized by Google

und beim Chinablau =



zwar ebenso und noch mehr der Fall, doch sind diese Farbstoffe, wie auch das Lichtgrün SF von saurer Reaktion (Sulfogruppen!), die jede Färbung ausschließt. Ob es ferner von färberischer Bedeutung ist, daß alle drei Farbstoffe am C-Atom keine Nietzkische Doppelbindung, sondern nur einfache Bindungen enthalten, vermag ich nicht zu entscheiden, um so weniger, als das ebenfalls nicht färbende saure Wollgrün S diese Doppelbindung hat.

Warum aber das mäßig starke basische Methylgrün =



Lipoproteide nicht färbt, bleibt einstweilen unverständlich; es scheint, als ob dieser Farbstoff selektiv nur sauerstoffhaltiges nukleinsaures Eiweiß färbt[1]).

Die Lipoidnatur der Pallida eröffnet ungeahnte Perspektiven, nicht nur quoad therapiam.

Schon vor mehreren Jahren wurde, zuerst von v. Wassermann selbst, angegeben, daß bei der WR ein Lipoid eine Rolle spielt. Bergel (7) vertrat die These, daß gegen chronische Krankheiten Lymphozyten, die eine Lipase enthalten, aufgeboten werden, im Gegensatz zu den proteolytische Fermente enthaltenden Leukozyten. Auf diesen Untersuchungen fußend, behauptete Herb (8) die Lipoidnatur der Pallida, ohne sie indessen beweisen zu können. Da wir ferner wissen, daß die Tuberkelbazillen sich mit Viktoriablau, dem „Lipoidfärber κατ' ἐξοχήν" färben, und da Unna die Leprabazillen schon 1887 mit Viktoriablau färberisch darstellen konnte, so dürfte die Verwandtschaft der Erreger aller chronischen Granulome wohl auf ihrem Lipoproteidgehalt beruhen.

Nun erhebt sich die Frage: Ist alles Eiweiß in der Pallida als Lipoproteid an die Lipoidsäure gebunden, oder enthält die Pallida noch Eiweiß-

[1]) Vgl. P. G. Unna, „Das Geheimnis des Methylgrüns" in Unna-Golodetz (13).

Digitized by Google

schichten anderer Natur und Funktion? Unna (1) sagt: „Kein Gewebe ist ohne eine, wenn auch noch so zarte, basische, reduzierende Eiweißgrundlage denkbar.“ Was Unna für die normalen Körperzellen erwies, wird auch wohl für Mikroorganismen Geltung haben müssen.

Ganz allgemein spricht dafür, daß Vorbehandlung mit 1%iger KOH die Viktoriablau-4-R-Färbung abschwächt, um so mehr, je länger und heißer die Kalilauge verwendet wird. Doch stets nur bis zu einer gewissen Grenze: offenbar macht die eiweißzerstörende Wirkung der KOH nach Lösung der anderen Eiweiße vor dem Liproproteid halt. Die Lauge vermag es nicht anzugreifen.

Um nun die Natur der neben dem Lipoproteid vorhandenen Eiweißkörper zu erkennen, begann ich die systematische Chromolyse der Pallida mittels saurer und basischer Farbstoffe. Ich verwandte von sauren Farben: Martiusgelb, Lichtgrün SF, Chinablau, Wollgrün S, Weplösung-Unna, Eosin W gelblich, Erythrosin B, Trypanrot, Trypanblau, Thiazinrot-Heidenhain, Naphthylaminbraun, Scharlach R, Sudanbraun, Hämalaun, Karmin-Best, und von basischen Farben: Malachitgrün, Methylgrün, Fuchsin, Methylviolett, Brillantdianilblau 6 G, Viktoriablau 4 R, Viktoriablau B, Kresylechtviolett, Neutralrot, Neutralviolett-Unna, Nilblau BR, Safranin, Methylenblau und Trypaflavin. Zur Methodik der Färbung sei bemerkt, daß die Ausstriche niemals durch Flambieren fixiert wurden, sondern lediglich lufttrocken waren. Ich erwähne dies ausdrücklich, weil Paldrock (9) durch beide Arten der Fixation verschiedene Resultate bei seinen Untersuchungen des Leprabazillus erhielt. Die Ausstriche stammten hier, wie stets auch sonst, aus Primäraffekten oder Sekundärpapeln luischer Menschen.

Zunächst galt es, die Existenz einer basischen reduzierenzen Eiweißgrundschicht festzustellen.

Griesbach (10), der die von Kliewe (11) und ihm angegebene Färbung der Pallida zu erklären suchte, spricht die Pallida als Reduktionsort an, da sie sich mit $KMnO_4$ bräunt. Diese von ihm erhaltene Bräunung ist nur schwach, und so wird man die reduzierende Grundschicht nur als sehr gering bezeichnen können. Zum selben Resultat führen auch Lennhoffs (12) schon 1914 unter ganz anderem Gesichtswinkel angestellte Versuche. Lennhoff zeigte, daß sowohl Pallidaausstriche mit hohen Dosen Neosalvarsan vorbehandelter wie unbehandelter syphilitischer Kaninchen in gleicher Weise, wenn letztere in frische Neosalvarsanlösung gestellt wurden, die Unna-Golodetzsche Eisenzyanmischung (13) blau färbten. In beiden Fällen war die Reduktionskraft des Salvarsans von den Pallidae aufgenommen worden[1]) und dadurch der Reduktionsindikator zu Berliner Blau reduziert worden. Da aber bei nicht in Salvarsanlösung gestellten Pallidaaustrichen die Reaktion ausbleibt, so kann die „angeborene“ Reduktionsfähigkeit der Pallida nicht sehr groß sein.

Auch die Resultate der Chromolyse, die eine viel feinere Methode als die indirekte Lennhoffs ist, waren ähnlich. Ich behandelte, um eine

[1]) Wieder ein Beweis für die Richtigkeit meiner Anschauung, daß das Salvarsan im wesentlichen durch seine Reduktionskraft die Pallida vernichtet (vgl. Derm. W., 1924, Nr. 42b und 1925, Nr. 24.

Digitized by Google

etwa vorhandene saure Oberschicht zu entfernen, die Pallida 30 Minuten mit 1%iger Kochsalzlösung vor und konnte dann die Pallida mit dem sauren Chinablau in 1%iger wäßriger Lösung schwach, aber deutlich färben. Ebenso gelang eine sehr zarte und schwache, aber deutliche Färbung mit dem sauren Brillantdianilblau 6 G nach einstündiger Vorbehandlung des Ausstriches mit 1%iger NaCl. Beide Farbstoffe färben ohne die Kochsalzvorbehandlung die Pallida nicht! Die Schwäche dieser Färbungen dürfte für die Dünne der basischen reduzierenden Grundschicht sprechen.

Enthält nun die Pallida eine saure und sauerstoffreiche Oberschicht? Marg. Zuelzer (14) glaubte auf Grund des geringen Lichtbrechungsvermögens der Pallida einen Gehalt an Nukleinsäure ausschließen zu können, und Schumacher (15) hat das Vorhandensein einer sauren und sauerstoffhaltigen Oberschicht immer wieder für ausgeschlossen erklärt und diese Behauptung damit begründet, daß die Pallida sich, wie seit Schaudinn bekannt sei, nicht mit Methylenblau färbe. Er hat daraus den, wie wir sogleich sehen werden, zu weit gehenden Schluß auf vollkommene Freiheit der Pallida an nukleinsaurem Eiweiß, das besondere Verwandschaft zum Methylenblau hat, und auf völligen Sauerstoffmangel der Pallida gezogen.

Ich habe demgegenüber allerdings mit 3%iger wäßriger Methylenblaulösung, besonders beim Erwärmen, ohne weitere Vor- oder Nachbeize die Pallida schwach, aber deutlich blau gefärbt darstellen können.

Auch hier wieder muß ich, wie schon kürzlich (16), die große Wichtigkeit der Verwendung konzentrierter und hochprozentiger wäßriger Farbstofflösungen ohne Beize betonen.

Durch diese Färbung ist das Vorhandensein einer sauren sauerstoffhaltigen Oberschicht erwiesen, durch die notwendige Konzentration des Farbstoffes die Dünne dieser Schicht. Verstärkt man den Sauerstoffgehalt der sauren Oberschicht durch Vorbehandlung mit 1%iger $KMnO_4$-Lösung, so kann man sogar schon mit 1%iger wäßriger Methylenblaulösung die Pallida ganz deutlich blau darstellen.

Daß eine saure Oberschicht vorhanden ist, beweisen ja indirekt auch die oben erwähnten Färbungen mit Chinablau und Brillantdianilblau 6 G, die ohne vorherige Extraktion der sauren Oberschicht mit 1%iger NaCl nicht gelingen.

Die geglückte Methylenblaufärbung läßt uns wissen, daß die dünne saure Oberschicht aus Nukleinsäure, nukleinsaurem Eiweiß, Karyoninsäure, Karyoproteiden oder Globulin besteht. Welcher von diesen fünf chemisch sicher nahe verwandten Stoffen jedoch vorhanden ist, darüber sagt die Färbung nichts aus. Ich versuchte deshalb die Pallida mit Methylgrün zu färben, das ausschließlich nur sauerstoffreiches, nukleinsaures Eiweiß färbt. Mein schon längere Zeit stehendes Methylgrün färbte in konzentrierter wäßriger Lösung bei längerer Einwirkung (60—80 Minuten) die Pallida ganz schwach hellviolett, was aber nicht dem Methylgrün, sondern dem in jedem käuflichen Methylgrün vorhandenen Lipoidfärber Methylviolett (Kristallviolett) in Rechnung zu setzen ist. Die Firma Dr. G. Grübler & Co. war so freundlich, mir nach der Chloroformmethode von P. Mayer von Methylviolett befreites Methylgrün zu schicken, mit dem

Digitized by Google

eine Färbung der Pallida nicht gelang. Ob daraus nun auf eine Nukleinsäurefreiheit zugunsten vorhandener Karyoninsäure oder eines Globulins (wie im Zentrosoma des Zellkernes) zu schließen ist, oder ob die hypsochrome Farbe des Methylgrüns und die Zartheit des Objekts mich eine schwache Färbung nicht erkennen ließen, lasse ich dahingestellt. GRIESBACH (10) hatte bei seinen Untersuchungen durch Vorbehandlung der Ausstriche mit 5%igem $KMnO_4$ die Reduktionskraft der Spirochäte durch Oxydation aufgehoben und — was ich bestätigen kann — dann die Pallida mit Methylgrün schwach gefärbt darstellen können.

Nach UNNAS an den Zellen gewonnenen Erkenntnissen sind Säureorte oft Sauerstofforte, oft indifferent und sehr selten Reduktionsorte (Wurzelscheiden der Haare). Nach meinen Untersuchungen kommt bei der Pallida nur die erste und zweite Möglichkeit in Frage. Ich behandelte deshalb die Ausstriche mit UNNAS Rongalitweiß. Die vielfachen, mit saurem wie neutralem, mit von Grübler bezogenem wie selbsthergestelltem Rongalitweiß ausgeführten Färbungen ergaben stets ein negatives Resultat.

Sicher ist, daß ein primärer Sauerstoffort nicht in der Pallida vorhanden ist; denn die Färbung auf Peroxydaseorte mit UNNAS Benzidin-H_2O_2-Reagens fiel negativ aus.

Was nun die Giemsafärbung der Pallida betrifft, so läßt sie sich nur als Färbung der neben den Lipoproteiden in der Pallida vorhandenen Eiweiße erklären, während der Hauptbaustein, das Lipoproteid, ungefärbt bleibt. Die Giemsafärbung fällt — im Gegensatz zu anderen Spirochäten — bei der Pallida so farbschwach aus, weil diese anderen Eiweiße nur in dünnerer Schicht vorhanden sind.

Für die Vermutung von MARG. ZUELZER (17), daß die Pallida einen Achsenfaden hat, wie sie ihn bei anderen Spirochäten durch Vorbehandlung mit Eiweißlösungsmitteln (Pepsin-HCl, Trypsin, taurocholsaures Na) im Dunkelfeld feststellen konnte, vermag ich nicht den Beweis zu liefern. Weder Vorbehandlung mit Pepsin-0,25% HCl noch mit 1%iger Natr.-taurocholic.-Lösung und Nachfärben mit meinem Viktoriablau 4 R oder Erythrosin ließen mich einen Achsenfaden sehen (auch die Untersuchung von Pall. in 1%iger Lösung von taurocholsaurem Natrium im Dunkelfeld ergab kein Resultat). Trotzdem mag ein Achsenfaden vorhanden sein, denn einmal ist die mir zur Verfügung stehende Optik nur die eines Praktikermikroskops und dann weist ZUELZER (17) auch darauf hin, daß sich der Achsenfaden vielfach nur bei Kultur- und nicht bei Tierexemplaren nachweisen läßt.

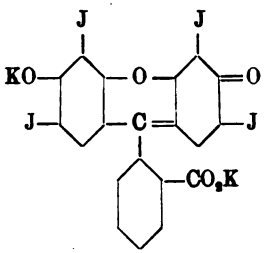
Ferner muß ich noch auf SCHUMACHERS (4) Färbung der Pallida mit dem sauren Erythrosin zurückkommen, die er nach völliger Extraktion der Lipoproteide mittels HCl als Lückenfärbung erhalten haben will. Ich konnte ohne Extraktion der sauren Oberschicht mittels NaCl bei 17stündiger Anwendung einer konzentrierten wäßrigen Lösung von Erythrosin B die Pallida zart, aber deutlich in toto gefärbt erhalten, während eine halbstündige Färbung mit derselben Lösung die Pallida nur so schwach gefärbt — wenn auch zweifellos — zeigte, daß nur ein in der Spirochätensuche sehr geübtes Auge sie zu sehen vermag.

Da Erythrosin die Gehirnlipoide mäßig stark färbte, so wäre es möglich, die Färbung — entgegen SCHUMACHER — als Lipoproteidfärbung

Digitized by Google

anzusprechen; dennoch glaube ich eher, daß eine durch die hohe Konzentration des Farbstoffes erzwungene direkte Färbung der basischen Grundschicht vorliegt.

Es ist damit unter 13 — ceteris paribus — ausprobierten sauren Farbstoffen das Erythrosin der einzige, der die Pallida direkt färbt. Ich kann mir diese überraschende Tatsache nur so erklären, daß die vier Jodatome im Erythrosin =



eine beizende und damit farbbildverstärkende Rolle spielen, wie mich ja auch Versuche lehrten, daß die Färbung der Pallida mit Viktoriablau noch deutlicher und dicker wird, wenn man vorher den Ausstrich mit Joddämpfen fixiert.

Endlich darf ich noch Schumacher (4) zu seiner Parallelstellung der Viktoriablaufärbung mit der Gramfärbung, mit der er offensichtlich recht hat, auf die Arbeiten Churchmans (18) aufmerksam machen, der bereits 1912 gramnegative Bakterien auf Agarplatten mit einem Gehalt von Gentianaviolett 1 : 100000 noch üppig wachsen sah, grampositive dagegen nicht. 1913 stellte Churchman das gleiche Resultat fest, wenn er das Gentianaviolett durch Dahlia, Parafuchsin, Magenta, Pararosanilin, Kristallviolett, Methylviolett 5 B ersetzte. Er nennt diese Reaktion noch zuverlässiger als die sonst parallele Gramfärbung. Alle die von Churchman verwandten Farbstoffe sind, wie das Viktoriablau, basische Triphenylmethanfarbstoffe!

Zusammenfassung.

1. Die Spir. pall. besteht aus zahlreichen Bausteinen.

2. Der massiveste derselben (aber nicht der einzige!) ist — wie Schumacher fand — ein Lipoproteid.

3. Freie Lipoide sind in der Pallida nicht enthalten.

4. Außer aus dem erwähnten Lipoproteid besteht die Pallida, wie die Chromolyse lehrt, aus einer sauren, sauerstoffhaltigen Eiweißoberschicht (u. a. nukleinsaures Eiweiß enthaltend) und einer basischen, reduzierenden Eiweißgrundschicht.

5. Peroxydaseorte sind in der Pallida nicht enthalten.

6. Jeder Farbstoff, der unter Bildung des entsprechenden Farbsalzes mit einem der vorgenannten Bausteine chemisch zu reagieren vermag, ist geeignet, die Pallida zu färben.

7. Die von mir gefundene Färbung der Pallida mit Viktoriablau 4 R beruht auf einer chemischen Salzbildung mit dem Lipoproteid der Pallida. Auch alle anderen basischen Triphenylmethanfarbstoffe sind Lipoproteidfärber.

Digitized by Google

8. Die Fähigkeit der Triphenylmethanfarbstoffe, Lipoproteide zu färben, liegt in ihren Phenylradikalen begründet.

9. Die Giemsafärbung beruht auf einer Reaktion lediglich mit den Eiweißkörpern der Pallida; die mir geglückte Färbung der Pallida mit 3%iger wäßriger Methylenblaulösung stellt eine chemische Reaktion des Farbstoffes mit der geringen sauren, sauerstoffhaltigen Eiweißschicht dar.

10. Der einzige die Pallida direkt färbende saure Farbstoff ist das in konzentrierter wäßriger Lösung verwandte Erythrosin, dem wahrscheinlich eine besondere Beizenwirkung zukommt.

Literatur.

1. P. G. UNNA, Chromolyse. Sauerstofforte und Reduktionsorte. Handb. d. biol. Arbeitsmeth., Abt. V, Teil II, 1921, H. 1. — 2. H. MÜHLPFORDT, Eine neue Schnellfärbung der Spir. pall. mit Viktoriablau. Derm. W., 1924, Bd. 32; 1925, Bd. 10. — 3. J. SCHUMACHER, Über die färberische Darstellung der Lipoide. Derm. W., 1924, Bd. 45. — 4. J. SCHUMACHER, Über den chemischen Aufbau der Spir. pall. Derm. W., 1924, Bd. 46. — 5. F. W. OELZE, Untersuchungen über den Syphiliserreger. Leipzig 1922. — 6. G. GIEMSA, Heilung der Kaninchensyphilis durch Triphenylwismutschmierkuren und Theoretisches über die Wismutwirkung. Derm. W., 1924, Bd. 49. — 7. BERGEL, Vortrag in der Berliner Derm. Ges. 1921 (Notiz des Verf.) nach einer in den Erg. der inneren Medizin erschienenen Arbeit. — 8. FERD. HERB, The defensive mechanisme of the human body in the case of syphilis. Urol. and cut. review, 1923, Bd. 27, Nr. 9. Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1924, Bd. 14, Nr. 3/4, S. 232. — 9. A. PALDROCK, Leprastudien. Arch. f. Derm., 1924. Bd. 147, Nr. 3, S. 450. — 10. R. GRIESBACH, Eine einfache und billige Methode der Spirochätenfärbung. M. m. W., 1924, Bd. 4. — 11. H. KLIEWE, Eine einfache und billige Methode der Spirochätenfärbung. M. m. W., 1923, Bd. 50. — 12. CARL LENNHOFF, Mikroskopischer Beitrag zur Frage der Parasitotropie des Salvarsans und des Chinins. Zschr. f. Chemother., I. Teil, 1914, Bd. 2, S. 220. — 13. P. G. UNNA und L. GOLODETZ, Die Bedeutung des Sauerstoffes in der Färberei. Leipzig 1912. — 14. MARG. ZUELZER, Ref. der Sitzung der Berliner Gesellschaft für Mikrobiologie vom 24. März 1922 im Zbl. f. Bakt., I. Abt., Bd. 73. — 15. l. c. u. a. a. O., z. B. Deutscher Derm. Kongreß 1924, Innsbruck. — 16. H. MÜHLPFORDT, Noch einmal meine Schnellfärbung der Spir. pall. mit Viktoriablau 4 R. Derm. W., 1925, Bd. 10. — 17. MARG. ZUELZER, Die Spirochäten, in v. Prowazek-Nöller, Handb. d. pathogenen Protozoen, Bd. 3, Lief. 11. — 18. CHURCHMAN, J. of exp. Med., 1912, Bd. 16, S. 221; 1913, Bd. 17, S. 373. Zit. nach O. SCHIEMANN und W. BAUMGARTEN. Zschr. f. Hyg. u. Infektionskrkh., 1923, Bd. 97, S. 247ff.

Versammlungen.

Demonstrationen der Dermatologischen Abteilung des Israelitischen Hospitals in Budapest.

Sitzung vom 10. Januar 1925.

1. Dr. Reiner: **Ulc. rodens faciei.** Vor sieben Jahren entstanden und langsam wachsend, erstreckt sich die Affektion zur Zeit auf das Unterlid des rechten Auges bis zum inneren Winkel und auf die benachbarte Gesichtshaut. Vor zwei Jahren an anderen Orten mit Röntgen behandelt und seither auch, alle drei bis vier Monate, doch erfolglos.

Justus: Dieses Epitheliom gehört der Gruppe der spinozellulären an. Dies klärt den hartnäckigen Widerstand gegenüber Röntgenstrahlen. Indiziert ist Kohlensäureschneebehandlung.

2. B. Balassa: **Urticaria pigmentosa.** 24jähr. Mädchen. Beginn vor 5 Jahren an beiden Unterschenkeln. Anfallweises heftiges Jucken mit Hautrötung, tags darauf braune Herde und Knoten. Seit anderthalb Jahren auch am Rumpfe und an den Oberschenkeln. Anämische, magere Kranke, seborrhoisches Integument, Handflächen und Fußsohlen

Digitized by Google

gleichmäßig verdickt und hyperkeratotisch. Periostale Verdickungen am Stirnbein, harten Gaumen und Nasenknochen. Zahlreiche Knötchen und Papeln der Haut in symmetrischer Verteilung. Die Effloreszenzen zeigen alle Übergänge von Hellrot und Tiefbraun bis zum satten Braunrot. Die frischen Papeln sind stärker erhaben, blaßrosa, quaddelartig, die älteren bräunlichrot. Unter Glasdruck verbleibt nur der braune Fleck. Geringfügiges Kneifen führt zu Blutung der Papeln. Histologisch: Mastzellenanhäufung in der subpapillären Schicht.

Lehner hält den Fall für eine Urt. adultorum pigmentosa, welche er von der des Säuglings aus klinischen Gründen unterscheiden möchte. Er beobachtete einen Fall von 45 Jahren.

3. A. Schönstein: **Ulcera linguae tuberculosa.**

4. A. Schönstein: **Ulcus mucosae oris bei Tuberkulösen.**

5. S. Rosenthal: **Lipoma multiplex und sarkomatöse Infiltration am Unterschenkel.** 39jähr., etwas magerer Mann. Zahlreiche bis hühnereigroße Lipomata an verschiedenen Körperstellen. Am rechten Unterschenkel vor 13 Jahren wegen eines Sarkoms am rechten äußeren Köchel operiert, mit glatter Heilung. Zur Zeit ist der ganze rechte Unterschenkel, zumal in seiner Knöchelgegend, stark verdickt. Auf dem Fußrücken bei den Knöcheln und dem unteren Drittel des Unterschenkels nässende, scharf begrenzte, ekzemartige Veränderungen, welche beim Betasten eine derbe, dem Ekzem nicht entsprechende Infiltration verraten, besonders im Bereiche der Operationsnarbe.

Justus: Die histologische Untersuchung ergab: Sarkomatöse Infiltration; die Röntgenaufnahme zeigt Unebenheiten der Kortikalis der Tibia.

6. A. Stern: **Talgdrüsentumoren in Haut- und Unterhautzellgewebe,** stecknadelkopf- bis wallnußgroß, rund oder oval, freiverschieblich, langsam wachsend. Ausführungsgänge erweitert, lassen einen bläulichschwarzen Propf ausdrücken. Das histologische Bild zeigt beträchtlich vergrößerte Talgdrüsen, vermehrte Lappen, Hohlräume, 6—12schichtiges Epithel. Keine Entzündungserscheinungen.

7. B. Balassa: **Dermatitis herpetiformis Duhring.** 21jähr., gut entwickeltes Mädchen, im September 1923 die erste kleine Blase im Gesicht; Heilung in wenigen Tagen; nach einigen Monaten neue Bläscheneruption am Halse und Gesicht. Nach 2 Wochen Heilung. Im Mai an besagten Stellen und in unregelmäßigen Zeitabständen immer wieder. Beginn der Eruption mit starkem Jucken, roten Flecken und nach einigen Stunden schon Bläschen. Anderen Ortes versuchte Neosalvarsan- und Mischinjektionen ohne Erfolg. Zur Zeit an den Armen, Knöcheln transparente, ovale Bläschen, zum Teil mit rotem Entzündungshofe, girlandenartige Gruppierung, in der Mitte bereits Rückbildung bzw. Schuppung.

8. J. Justus: **Ein nach Röntgenbehandlung entstandenes Epithelioma papillomatosum.** 36jähr. Beamter. Vor 10 Jahren am rechten Fußrücken indolenter Knoten mit Fistel. Alsbald ähnliche Veränderungen am linken Ellbogen und an der linken Handwurzel. Auf diese Stellen zahlreiche Röntgenbestrahlungen. Danach entstanden Wunden, die nicht heilen wollten, so daß der Fuß in den Köcheln amputiert wurde. Zugleich wurde in der Gegend des linken Ellbogens eine größere Exzision vorgenommen und durch Hautlappen ersetzt. Die Veränderungen wurden als tuberkulös angesprochen. Lungensymptome. Am linken Ellbogen und an der Handwurzel ausgedehnte Vernarbung, zum Teil bläulichrot keloidartig. In der Mitte ein guldengroßer, bis 3 cm hoher, runder Tumor. Das histologische Bild zeigt, daß die ganze Geschwulst aus stark wuchernden und in jeder Richtung verbreiteten, zum Teil von Epithelriesenzellen durchsetzten Epithelleisten besteht, die zahlreiche Hornperlen enthalten. Nach unten hin besteht das keloidartige Bündel aus stark verdickten Bindegewebssträngen mit zahlreichen dickwandigen Arterien und Venen.

9. J. Justus: **An der Stelle eines Lupus vulg. entstandenes Röntgenkarzinom.** 32 Jahre alte Frau, seit dem 14 Jahre wegen Lupus des Gesichts an verschiedenen Stellen behandelt. Vor 18 Jahren zweimal Röntgenbestrahlung. Die beträchtliche Wucherung an der Oberlippe entstand vor ungefähr zwei Jahren. An beiden Wangen halbhandtellergroße, umschriebene, zum Teil narbige, lupöse Flecke. Nasenspitze stark nach unten gezogen, beide Nasenflügel erodiert, bräunlichrot, massig infiltriert. Im mittleren Drittel der Oberlippe sitzt eine bis zur Nasenöffnung reichende, fast kleinapfelgroße Exkreszenz, welche aus unregelmäßigen Knollen, blumenkohlartigen, ineinander übergehenden, bräunlichroten Herden zusammengesetzt erscheint. In steilen Bogen erhebt sich ihr Saum, der muschelartigen Glanz zeigt. Wir wollen einen Versuch mit dem CO_2-Äthergemisch machen.

Digitized by Google

10. S. Rosenthal: **Casus pro diagnosi.** 20jähr. Mädchen, welchem seit Jahren das Schlucken erschwert und schmerzhaft ist. An unserer Laryngologischen Abteilung bekam sie 4 Neosalvarsan- und 8 Bismutinjektionen. Während der Behandlung entwickelt sich unter dem Kinn eine schmerzlose Anschwellung. Sehr hoher gotischer Gaumen, am harten Gaumen eine Narbe. Der weiche Gaumen mächtig geschwollen und infiltriert, bräunlichrot, an einigen Stellen grau, von dichtem Gefäßnetz durchzogen. Uvula stark geschwollen, nach rechts verzogen. Beide Tonsillen gewaltig vergrößert, deformiert, zeigen stellenweise Exkavationen mit grauweißem, nekrotischem Belag. Am rechten Kinnwinkel hühnereigroße und nußgroße, geringe Fluktuation zeigende Volumenzunahme, eckig, mit den tieferen Gebilden zusammen verschieblich. Ähnlich im linken Kinnwinkel. Am linken Schlüsselbein, auf der linken Rippen und an den Tibien ausgesprochene, periosteale Verdickungen. An den Lippen Strie radiate. Laryngologischer Befund: Auf antiluetische Kur hin geringe Besserung des Geschwürs. Verringerung des Infiltrates und geringgradige Vernarbung. Am rechten Hals gingen die Drüsen zurück, doch trat neuerdings am unteren Rand der rechten Tonsille ein Geschwür mit nekrotischem Belag auf, welcher sich bis zum Sinus piriformis erstreckt.

Justus: Angesichts der kantigen Drüsen drängt sich der Verdacht einer Neubildung auf. Pat. leidet an einer Lues hered. tarda, und die inzwischen erfolgte Untersuchung ihrer beiden Schwestern stellte auch an diesen Zeichen der Heredolues fest. Dagegen läßt die massive Hypertrophie der Anschwellung der Rachenorgane die Möglichkeit einer Neubildung wahrscheinlich erscheinen. Die histologische Untersuchung der Drüse und des Tumors soll uns Sicherheit geben.

Rajka hält den Fall für hartnäckige Lues und empfiehlt große Joddosen.

Sitzung vom 7. Februar 1925.

1. A. Stern: **Gummata periostalia der Stirngegend.**

2. Alice Vajda: **Erosio blastomycetica ad angulos oris.** Linsengroße, rosafarbene, ziemlich scharf umschriebene Flecke mit einem weißlichen, zarten, bereits etwas aufgelockerten bzw. in Abschilferung begriffenen Epithelsaum. Durch den weißen Fleck zieht eine kleine Rhagade. Die Impfung auf Sabouraudagar ergab kleine, punktförmig- bis linsengroße, etwas emporragende, nach dem Rande zu verflachende, gelblichweiße Kulturen, welche nach Überimpfung zu einer einzigen, den ganzen Nährboden der Eprouvette einnehmenden, weißen, glanzlosen, gefälteten Kolonie von trockener und unebener Beschaffenheit zusammenschmolzen. Mikroskopisch: Runde, mittelgroße, typische Blastoformen. Vor zwei Monaten neuerliche Impfung mit genau demselben Ergebnis. Vor einem Monat ebenso. Auf Jodjodkalisalbe Heilung; nach achtwöchigem Aussetzen der Behandlung Rückfall.

Justus: Dies ist der fünfte Fall unserer Ambulanz, in welchem die Diagnose klinisch gestellt und durch Züchtung des Blastomyzes auch kulturell erhärtet werden konnte. M. W. wurde in der Literatur bis jetzt nur eine zwischen den Fingern und Zehen sitzende Erosio blastomycetica beschrieben. (Demonstration von Moulagen.)

3. Rosenthal: **Zirkumanale Epitheltumoren.** In der Haut um den After sind zahlreiche, dicht aneinander gereihte, teils zusammenfassende, stecknadelkopf-, hirsekorn-, halbbohnengroße, halbkugelige Erhebungen von der Farbe der Umgebung zu sehen. Viele dieser Knoten haben in der Mitte eine punktförmige Einziehung mit einem schmäleren oder breiteren schwarzblauen Hof. Zunächst wäre an einen Tumor der Talgdrüsen zu denken.

Justus: Meine histologische Untersuchung ergab: Aus der unteren Epithelschicht ziehen an zahlreichen Stellen mehrere Millimeter lange Ausläufer in die Tiefe. Ihre Breite kann ganz beträchtlich sein. In der Mitte zeigen sie eine Höhle, deren Wand durch mehrere Epithelschichten gebildet wird. Am unteren Ende dieser Höhle ist der im Wachstum begriffene Ephithelzapfen anzutreffen. Wir haben es also nicht mit Talgdrüsentumoren oder mit durch Retention entstandenen Knoten, sondern mit Epithelwucherung und in den gewucherten Zapfen sich entwickelnder Höhlenbildung zu tun.

4. B. Balassa: **Tuberculosis verrucosa cutis.** 26jähr. Mann, tuberkulös, schnitt sich vor einem Jahre mit der Kante eines Papierbogens in den Finger. An dieser Stelle entwickelte sich seine jetzige Hauterkrankung, die langsam fortschreitend nunmehr seit 4—5 Monaten stationär ist. An der Dorsalfläche, die 2. und 3. Phalange des Mittelfingers einnehmende, über das Niveau der Umgebung wallartig flacherhabene, blaßbläulichrote, scharf umgrenzte und derb infiltrierte Veränderung. In der Mitte ist sie

Digitized by Google

etwas eingesunken und überall, namentlich am Rande, von zahlreichen hornartigen, schwer zu entfernenden Exkreszenzen bedeckt.

5. A. Schönstein: **Gichtiges Erythem an der Dorsalfläche der Finger.** 70jähr. gichtige Frau, deren obige Krankheit mit roten Anschwellungen unter Jucken und Schmerzen begann. Es kam zu blaßroten oder bläulichrosafarbenen Herden, auch zu einer zarten gelblichen Borke.

6. St. Flamm: **Eigentümliches Krankheitsbild an der Haut der Fingerkuppen.** 53jähr. Frau, gichtig und tuberkuloseverdächtig. Ähnlich dem vorigen. 1. und 2. Phalange verdickt. Nägel längsgerieft.

7. Alice Vajda: **Sklerodermia profunda.** 53jähr. Frau. 1914 Adnexotomia l. d. infolge einer Eierstockgeschwulst. Seitdem abgemagert. 1924 Zeichen einer Sklerodermia profunda an beiden Unterarmen, Wangen und Rumpf. Angina luetica, Verdickungen der Tibien. Seither 5 Flaschen Jodkalipillen, 20 Bi- und 16 Neosalvarsaninjektionen. Beide Lappen der Schilddrüse, besonders rechts, vergrößert, Isthmus zu tasten, nicht druckempfindlich. Puls 92. Am Halse verschwommenes Leukoderm. Sehr ausgebreitete sklerodermische Veränderungen, besonders am Bauch und Rücken, Wangen, Nase. Am rechten Unterarme bläulichrote, zum Teil flach erhabene Anschwellungen mit leicht bräunlichen Stich und geringen Speckglanz. Nach aufwärts ohne scharfe Grenze, an den Handwurzeln scharf begrenzt. An der Beugeseite der Unterarme, einige leicht eingesunkene, in ihrer Mitte abblassende Stellen von unregelmäßiger Begrenzung. Die Haut der Finger ist so sehr straff, daß beim Spreizen derselben über den Gelenken anämisch weiße Flecke entstehen.

Ecsedi sah durch Faradisierung und Wärme schöne Erfolge bei genannter Krankheit.

8. Justus: **a) Blastomycosis faciei extensa.** Ende 1923 meldete sich eine 37jähr. Frau, die vor einem Jahre am Gaumen einen kleinen Knoten bemerkte, der alsbald zerfiel, doch auf Lokalbehandlung in drei Wochen ausheilte. Bald danach ein neuer Knoten neben dem Nasenflügel mit folgendem Zerfall und Weiterverbreitung; nächster Herd an der Oberlippe. Ihr Leiden wurde a. O. antiluetisch und mit Bi und Hg behandelt, ohne Erfolg. An der Grenze zwischen harten und weichen Gaumen, unregelmäßig begrenzte, weißliche Narbe. Oberhalb der Nasenwurzel bis auf den rechten inneren Augenwinkel herabziehende, in der Mitte atrophische, am Rande erbsen- bis bohnengroße, steil emporragende, in Zerfall begriffene Herde. Ähnliche oberhalb der Oberlippe auf Nasenseptum und Nasenflügel übergreifend. Die Pat. steht seit einem Jahre in unserer Behandlung. Der weit ausgebreitete Prozeß bildete sich unter starken Joddosen zurück, und es bleiben nur leicht gesunkene Narben zurück. Sobald mit dem Jod ausgesetzt wurde, entwickelte sich eine gewaltige Verschlimmerung. Der Prozeß drang in die Nase und erstreckt sich nach auswärts bis an die Ohren. (Moulage-Demonstration.) Im Sekret und in den Schnitten wurden Blastomyzesgruppen und im ersteren auch hier und da ein breiterer Faden angetroffen. Die Züchtung gelang bisher nicht.

b) Blastomycosis integum. et glandulae lymphaticarum colli. 72jähr. Frau. Jetzige Krankheit begann am Stamme vor vier Jahren und heilte in 2 Monaten aus. Weitere Herde zeigten sich vor einem Jahr rechts am Halse, bald danach in der Mitte und links, die allmählich, aber stetig wuchsen. Am Manubr. sterni kleinhandtellergroße, oberflächliche Narbe. Unter dem rechten Ohre bis hinab auf dem Hals nußgroße, freiverschiebliche, harte Drüsen, mit der bräunlichrot verfärbten Haut verbacken. Daselbst ist die Öffnung eines ungefähr 2 cm langen Fistelganges zu sehen. Nach vorwärts hin und unter dem Kinn Drüsenpakete mit Hautinfiltrationen. Ähnlich links parallel der Unterkieferlinie. An diesen Infiltraten sitzen dicht nebeneinander zahlreiche blumenkohlartige Wucherungen, aus denen ein zäh flüssiger, durchscheinender Inhalt ausdrückbar ist. Die histologische Untersuchung konnte zahlreiche in der Tiefe sitzende Blastomyzesherde feststellen. Langdauernde Jodmedikation ergab Heilung. (Moulage.)

c) Blastomycosis recidivans faciei et glandulae submandibularis. 45jähr. Setzer, vor drei Jahren über dem Jochbogen eine kleine Pustel, die alsbald Nußgröße erreichte. Nach Exzision Heilung in 3 Monaten. Ein neuer Herd unter dem rechten Ohre; heilte auch. Vor drei Monaten ein neuer Herd über dem rechten Oberkieferfortsatz und zugleich ein Rezidiv der bereits geheilten Herde. Parallel der Nasolabialfalte verläuft an der rechten Wange eine 5 cm lange Narbe. Um dieselbe herum ist die Haut bräunlichrot verfärbt mit zahlreichen, von der Narbenlinie lateralwärts gelegenen, stecknadelkopf- bis hirsekerngroßen, zum Teil weißen und rosafarbenen Granulationen. Am rechten äußeren Augenwinkel über einem 10-Hellerstück-großen Bezirk ähnliche, zum Teil

Digitized by Google

exulzerierte Granulationen, ein weiterer 5-Kronenstück-großer Herd sitzt vor dem rechten Ohrläppchen mit dicht nebeneinander liegenden, stecknadelkopf- bis hirsekorngroßen transparenten Granulationen. Über dem rechten Mandibularwinkel ein anderer, umfangreicherer Herd. Laryngologischer Befund: In der Höhe der Epiglottis an der hinteren Rachenwand kleinapfelgroße fluktuierende Verwölbung mit kaum entzündeter Schleimhaut. Der Abszeß wurde eröffnet und in dem geruchlosen, grünlichgelben Eiter Blastoformen gefunden. In dem Granulationsgewebe zahlreiche, typische Blastomyzesherde. Mit aus den Hautveränderungen und einer Submandibulardrüse gewonnenen Reinkulturen wurden weiße Mäuse geimpft. In Leber, Niere, Milz dieser Tiere wurden zahlreiche Blastomyzetenherde gefunden und aus den betreffenden Organen konnten weitere Reinkulturen gezüchtet werden. Auf protrahierte Jodverabreichung bildeten sich alle Veränderungen zurück. Nach mehrmonatlichem Aussetzen des Medikamentes ein neuer Herd am inneren rechten Augenwinkel. (Moulage.)

9. Justus: **Casus pro diagnosi aus der ersten Sitzung.** Die Differentialdiagnose war auf Lues- und Neubildung zu stellen. Ich untersuchte einen Schnitt der Neubildung, während das Pathologisch-anatomische Institut (Prof. Budai) das exzidierte Drüsengewebe überwiesen erhielt. Eindeutig wurde die Diagnose auf Lymphosarkom gestellt. Unter Röntgenbehandlung gingen die Lokalsymptome rasch zurück, doch traten sehr bald an entfernteren Stellen Metastasen auf.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Verhandlungen der Dänischen Dermatologischen Gesellschaft 1923—1924.

Sitzung vom 3. Oktober 1923.

C. Rasch: **Nekrolog für C. With.**

H. Haxthausen: **Mycosis fungoides.** Ein nicht ganz typischer, im weiteren Verlaufe aber sicher nachgewiesener Fall bei einem 47jähr. Landwirt.

H. Haxthausen: **Ein Fall zur Diagnose.** Eigentümliche erythematöse Flecke bei einem 5jähr. Kinde. Während die ersten Läsionen abheilten, entstanden auf der vorher noch gesunden Haut wiederum neue Flecke, so daß man allmählich das umgekehrte Bild des ersten Zustandes vor sich hatte.

C. Rasch: **Hysterie, Pathomimie, multiple Exkoriationen und Ulzerationen.** Die merkwürdigen Läsionen bei dem 25jähr., in verschiedenen Krankenhäusern mehrere Monate lang behandelten Mädchen haben zu verschiedenen Diagnosen, u. a. Dermatitis pemphigoides (Universitätsklinik) Anlaß gegeben. R. vermutet, daß dieselben durch energisches Reiben erzeugt wurden.

Boas: **Blennorrhoische Hyperkeratosen.** Bei einem 23jähr. Kellner fand sich drei Wochen nach Infektionsgelegenheit neben Urethritis, linksseitiger Gonitis und keratotischer Balanoposthitis ein Exanthem an beiden Fußsohlen und an den Fußrändern in Form von verdickten, leicht durchscheinenden Epidermispartien bis zu Erbsengröße. Die Balanoposthitis sowie die Läsionen an den Füßen verschwanden im Laufe des Krankenhausaufenthalts; aber es entwickelten sich noch Arthritis am rechten Knie, Iritis und Konjunktivitis.

Boas: **Fall von aktiver Syphilis mit positiver WR 50 Jahre nach der Infektion.**

Kißmeyer: **Fall von kongenitaler Schweißdrüsengeschwulst („Hidrodenoma tubulare").** Bei einem 20jähr. Mädchen fand sich am unteren Knie ein kindshandtellergroßer Tumor unter der anscheinend normalen Haut. Die mikroskopische Untersuchung der operativ entfernten Geschwulst ergab obige Diagnose.

Kißmeyer: **Ein 11jähr. Mädchen mit typischer Sclerodermia circumscripta am Unterleib und Rücken, die teils noch infiltriert, teils ganz atrophisch war.**

Digitized by Google

L. Nielsen: **Zwei Fälle von Vaginitis blennorrhoica acuta bei älteren Frauen.** Gonokokkeninfektion der Vaginalschleimhaut kommt nach anderweitiger Beobachtung selten anders als bei kastrierten Frauen vor. Bei den hier mitgeteilten Fällen war an der einen Pat. wegen Extrauterinschwangerschaft der Uterus nebst Adnexa entfernt worden; bei der anderen war Salpingectomia duplex ausgeführt worden.

Jersild: **Psoriasis oder Gruppen von syphilitischen Knoten in der Haut.** Die Serumreaktion, wenn auch nur schwach positiv, wies auf latente Syphilis hin.

Sitzung vom 7. November 1923.

L. Nielsen: **Abscessus fistulos. scroti (Gc. +) e Epididym. ac. gon.**

S. Lomholt: **Fall von arsenikbehandelter Psoriasis mit Entwicklung von Hyperkeratosen und beginnenden spinozellulären Epitheliomen.**

S. Lomholt: **Fall von Radiodermatitis mit ausgebreiteter Atrophie und Gefäßerweiterung nach der Röntgenbehandlung eines rezidivierenden Ekzems.**

S. Lomholt: **Fall zur Diagnose (Lymphogranulomatosis?).** Eine seit zehn Jahren bestehende, nunmehr in einer Ausdehnung von 18 × 6 cm ulzerierende Geschwulst am Nacken bei einer 71jähr. Frau. In einem Nachsatz wird mitgeteilt, daß nach der Exstirpation das Leiden sich als karzinomatös erwies.

H. Bang: **Ein Fall von sekundären Trichophytien bei einem morbiliformen Ausschlag.** Bei einem 5jähr. Knaben mit ausgebreiteter Tinea der Kopfhaut fand sich ein ausgesprochen morbiliformer Ausschlag, der aber bei Heilung des Grundleidens spontan verschwand.

H. Bang: **Einfache Knotenbildung am Haar.** Die 28jähr. Pat. hatte die Schlingenbildung an den Haaren selbst bewerkstelligt.

Sitzung vom 5. Dezember 1923.

C. Rasch: **Zum 25jähr. Jubiläum des Bestehens der Gesellschaft.**

H. Haxthausen: **Schambergsche Krankheit.** Ausgesprochener Fall bei einem 26jähr., sonst gesunden Maschinenarbeiter.

H. Haxthausen: **Xeroderma pigmentosum.** Fall.

C. Rasch: **Pathomimie. Ätzungen an Armen, Gesicht und Brust.**

S. Lomholt: **Fall von schweren tertiären Syphiliden am Gesicht.**

K. Philippsen: **Wassermann-Reaktion bei Verwendung von cholesteriniertem Extrakt.**

Sitzung vom 6. Februar 1924.

H. Bang: **Nekrolog für Afzelius.**

O. Haslund: **Zwillinge, von denen der eine syphilitisch, der andere gesund blieb.** Diagnose bei dem einen durch Sektion bestätigt. Der andere sechs Monate nach der Geburt ohne alle Zeichen von Syphilis.

O. Haslund: **Ulcus indurat. axillae. Herpes zoster colli et scapulae.**

S. Lomholt: **Acne necrotica.**

S. Lomholt: **Zwei Fälle von Karzinom nach Behandlung von Lupus erythematodes mit Röntgenstrahlen.**

S. Lomholt: **Fälle von Hauttuberkulose, teilweise dem Boeckschen kutanen Sarkoid im histologischen Baue ähnelnd.**

H. Haxthausen: **Fall von syphilitischer Superinfektion (?).**

H. Haxthausen: **Psoriasis an einer Tätowierung.**

H. C. Finsen: **Favus bei Mutter und Kind.**

Nander: **Lichen ruber bei einem zehn Monate alten Kinde.**

Nander: **Zirsinärer Lichen ruber am Penis.**

Nander: **Lichenoider Ausschlag nach Vijochin.** Eine 19jähr. Frau erhielt wegen frischer Lues im Anschluß an Behandlung mit Neosalvarsan und zehn Einreibungen mit Ungt. cin. noch drei intramuskuläre Injektionen von Vijochin, worauf sich ein papulöser roter bis dunkelbrauner Ausschlag entwickelte.

Boas: **Ein Fall von Salvarsanexanthem.**

E. Bay-Schmith: **Mitteilung über eine Gonorrhoe-Epidemie auf Grönland.**

Sitzung vom 5. März 1924 im Reichshospital.

H. Haxthausen: **Dermatitis nodularis necrotica (Werther).** Bei dem 35jähr. Pat. war der recht genau mit dem von Werther beschriebenen Leiden übereinstimmende

Digitized by Google

Ausschlag hauptsächlich am Fuß und den Enkeln sowie am Knie lokalisiert. Pirquetsche Reaktion stark positiv.

H. Haxthausen: **Besniersche Prurigo bei Asthma bronchiale und Überempfindlichkeit gegen verschiedene Proteinstoffe.** Besonders stark war die kutane Reaktion bei Verwendung von Hafer, Weizen und Molken. H. hat auch sonst bei Fällen von Besnierscher Prurigo (ohne Asthma) Überempfindlichkeit gegen gewisse Proteinstoffe beobachtet.

C. Rasch: **Fall von Gesichtsekzem bei einem kleinen Kinde im Verein mit Kaposis varizelliformem Ausschlag.** Mit Abbildung. Aus den Bläschen wurden Streptokokken fast in Reinkultur gewonnen.

O. Jersild: **Gangrän am Penis. Behandlung mit Neosalvarsan.**

H. C. Finsen: **Fox-Fordycesche Krankheit.** Bei der 21jähr. Frau wurde das an beiden Achselhöhlen lokalisierte hartnäckige und durch Juckreiz stark quälende Leiden erst durch Abtragung des ganzen befallenen Hautgebietes beseitigt.

Sitzung vom 2. April 1924 im Reichshospital.

H. C. Finsen: **Fremdkörper in der Haut.**

H. C. Finsen: **Amerikanische Leishmaniose.** Pat., 27 Jahre alt, Chauffeur, akquirierte in Nicaragua nach vorherigen fieberhaften Erscheinungen zunächst eine Blase am linken Mundwinkel, aus welcher ein zum Teil noch bestehendes Geschwür von gut Fünfpfennigstückgröße mit verdickten Rändern sich entwickelte. Auch an anderen Körperstellen kleinere und größere ähnliche Läsionen bzw. deren Vorläufer oder (narbige) Folgen. In Schabepräparaten fand man wiederholt ovale, 2—3 mm große Körperchen mit großem, unregelmäßig gestaltetem und auch einem kleinen, stabförmigen Kerne, wodurch F. die Diagnose für gesichert hält. Schilderung der fünf Formen von Leishmaniose: tropica, brasiliensis, nilotica, Donovani, infantum.

H. Haxthausen: **Zwei Fälle von Parapsoriasis.**

H. Haxthausen: **Streifenförmige Dermatose.** Eigentümliche, warzenähnliche Läsionen am Arm bei einem $2^1/_2$jähr. Knaben.

C. Rasch: **Bullöser Primulaausschlag.**

C. Rasch: **Zypressendermatitis.** Erythematöser und vesikulöser Ausschlag an Händen und Gesicht bei einer 40jähr. Dame, der auf das Abbrechen von Zweigen der gewöhnlichen Kirchhofszypresse (Chamaecyparis Lawsoniana) zurückzuführen war.

Sitzung vom 7. Mai 1924.

C. Rasch: **Traumatischer Haarausfall (Pathomimie).** Bei einem 12jähr. Knaben fand sich am Kopfe eine rechteckige kahle Stelle von 7 × 5 cm Ausdehnung. Ätiologie zweifelhaft. Heilung prompt auf Einreibung mit Chloraläther (5 : 50).

C. Rasch: **Fall von atypischer Skabies.**

C. Rasch: **Fall von Hornbildung auf der Haut bei einem 10jähr. Mädchen.** Auf der Basis des dritten Fingers erhob sich ein hornförmiger Auswuchs von etwa 10 cm Länge.

C. Rasch: **Fall von Mikrosporie (M. Audouini) bei einem Erwachsenen und Fall von „Bald Ringwoorm" bei einem Kinde, beide durch den gleichen Pilz verursacht.** Der zuerst befallene Sohn hat offenbar den Vater angesteckt.

Kißmeyer: **Tertiäre oberflächliche Hautatrophien.**

G. Gelbjerg-Hansen: **Über die Senkungsgeschwindigkeit des Blutes bei Kindern mit kongenitaler Syphilis.** Untersuchungen bei neun von syphilitischen Müttern geborenen Säuglingen, mit der Linzenmeyerschen Methode ausgeführt, bestätigten die Beobachtungen anderer Verf. In dem einen Falle wies die gesteigerte Senkungsgeschwindigkeit auf Syphilis hin schon 14 Tage, bevor irgend welche anderen Merkmale dafür festgestellt werden konnten.

H. R. Krogsgaard: **Untersuchungen über das endokrine Verhalten bei Xeroderma pigmentosum.** Bei dem von Haxthausen in der Sitzung vom 5. Dezember 1923 vorgestellten 34jähr. Manne hat K. auf Störungen der endokrinen Drüsen (Nebenniere, Schilddrüse, Hoden, Hypophyse und Nebenschilddrüse) eingehend, aber vergeblich gefahndet.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Dermatologische Zeitschrift.

1925, Bd. 44, H. 1.

Untersuchungen über die Heil- und Schutzwirkung des Stovarsols bei experimenteller Kaninchensyphilis und bei Trypanosomeninfektion der Kaninchen, von W. A. Collier und E. Evers-Frankfurt a. M. S. 1. Die Toxizitätsversuche ergaben, daß selbst der siebente Teil der von Levaditi angegebenen Dosis bene tolerata nicht von allen Tieren vertragen wurde. Von fünf Kaninchen, die nur 0,05 pro kg Stovarsol erhielten, blieben nur zwei am Leben. Acht Tiere erhielten 0,1 pro kg, acht andere 0,2 pro kg. Von ihnen starben je sieben. Eine Besserung der Toxizität bei Anwendung von Sodalösung konnte nicht erzielt werden. Auch die Heilversuche fielen wenig ermutigend aus. Zur Ausheilung eines Kaninchenschankers waren sowohl bei stomachaler als auch bei intravenöser und subkutaner Applikation Dosen erforderlich, die der tödlichen sehr naheliegen (0,15 pro kg). Bei Anwendung der gut erträglichen Dosis (0,045—0,09) trat in der Regel keine klinische Heilung ein. Stovarsol tötete die Spirochäten viel langsamer ab als Salvarsan. Eine sichere Prophylaxe war selbst nach Verabreichung von Mengen, die die Dosis tolerata überschritten, nicht zu erreichen. Gegen nachträgliche Infektion mit Trypanosomen versagte Stovarsol völlig.

Zur Behandlung der Psoriasis mit Natrium-salizyl-Injektionen, von P. Weckesser, Derm. Univ.-Kl. Marburg. S. 17. In zwei Fällen von frischer und in einem Falle von seit sechs Jahren bestehender Psoriasis wurde nach 6—7 Injektionen von Psoriasal vollkommene Heilung erzielt. In drei weiteren Fällen mußte die Behandlung wegen starker Nebenwirkungen abgebrochen werden. Bei zwei Kranken trat an der Injektionsstelle eine mäßige Induration, bei einem Kranken eine Thrombose der Kubitalvenen in einer Ausdehnung von etwa 10 cm auf. Ein Psoriatiker klagte nach der Injektion über Schwindelgefühl, Flimmern und starkes Herzklopfen. Die Temperatur stieg auf 39,8°. Bei einem anderen Pat. stellte sich langdauerndes Erbrechen ein. Verf. vermag auf Grund der beobachteten Nebenerscheinungen die Behandlung mit Psoriasal nur in hartnäckigen Fällen zu empfehlen.

Über einen Fall von gonorrhoischer Gelenkmetastase nach Trauma, von M. Schubert, Univ.-Hautkl. Marburg. S. 20. Bei einem an subakutem Tripper erkrankten Pat. stellte sich im Anschluß an ein Trauma eine starke Schwellung der linken großen Zehe ein, die in der Folgezeit größer wurde, sich blaurot verfärbte und deutliche Fluktuation aufwies. Auf eine Inzision hin entleerte sich reichlich Eiter, der Staphylokokken und Gonokokken enthielt. Trotz Behandlung mit Karbollösung, später Borwasser und Arthigon trat keine wesentliche Veränderung des Krankheitsbildes ein. Pat. wurde der Chirurgischen Klinik überwiesen. Dort wurde im Röntgenbild eine starke Luxation zwischen Metatarsale und Endphalanx festgestellt. Ein gleich nach dem Trauma aufgenommenes Röntgenbild hatte keinerlei Veränderungen gezeigt. Die Zehe wurde amputiert. Während der Operation zeigte es sich, daß außer Luxation noch eine Fraktur des Metatarsale vorlag.

Über Karzinomentwicklung bei Lupus erythematodes, von B. Dicke, Univ.-Hautkl. Bonn. S. 24. Verf. berichtet über die in der Literatur angeführten 49 Fälle von Karzinomentwicklung auf der Basis eines Lupus erythematodes und teilt drei weitere Fälle mit, die in der Bonner Klinik beobachtet worden sind. Die histologische Diagnose lautete in den drei Fällen: Carcinoma spinocellulare. F. Harry-Wiesbaden.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 12. Februar 1925.

L. Bizard: **Traitement de la pelade par les rayons ultra-violets** (Behandlung der Alopecia areata mit ultravioletten Strahlen). Neun Fälle mit teils einem, teils mehreren Flecken, davon fünf vollkommen geheilt, die übrigen noch in Behandlung. Ausgewählt wurden Fälle, die mit einer Ausnahme nicht über 40 Jahre waren. Bei allen WR negativ. Dauer der Behandlung 4—6 Monate; es sind massive und langdauernde Bestrahlungen erforderlich (20—30 Minuten, alle acht Tage). Die zu behandelnde Stelle ist vorher mit Äther zu reinigen und sobald das Wiederwachsen der Haare beginnt (nach 4—5 Bestrahlungen) jedesmal zu rasieren. Sabouraud findet, daß in derselben Zeit auch mit zahlreichen anderen Methoden Heilung zu erzielen ist. Darier hält es für

Digitized by Google

vorteilhaft, die Bestrahlungen der Alopezieherde mit solchen des ganzen Körpers zu kombinieren.

Jeanselme und Burnier: **Lichénification géante** (Riesenlichenifikation). Bei einer 49jähr. Frau ausgedehnte Lichenifikation der großen Labien, Femoralfalten, Innenfläche der Schenkel; seitlich der Labien zwei nierenförmige, blumenkohlartige Tumoren. Im histologischen Bilde fällt besonders die Vermehrung der Blut- und Lymphgefäße auf. Derartige Fälle, die auch unter zahlreichen anderen Namen (Neurodermitis hypertrophica, Neurodermitis verrucosa, Neurodermitis proliferans atypica, Papillomatosis cutanea) beschrieben worden sind, werden häufig verkannt. Die Entwicklung ist durch das Jucken und Kratzen allein nicht zu erklären; man muß an einen infektiösen Ursprung denken, der sich aber bisher nicht nachweisen ließ.

Jeanselme und Burnier: **Lichen nitidus.** Weiterer, mit dem in der vorigen Sitzung vorgestellten übereinstimmender Fall. Kutireaktion sehr stark.

Lortat-Jacob, P. Fernet und Haye: **Sur un cas de parapsoriasis en plaques du type „xantho-erythrodermia perstans"** (Über einen Fall von Parapsoriasis en plaques vom Typus der „Xantho-Erythrodermia perstans"). Die Affektion steht der Parapsoriasis en plaques sehr nahe, unterscheidet sich jedoch von ihr durch die stärker ausgesprochene ockerartige Farbe, die eigenartige Anordnung der Effloreszenzen (Fingerform), das gekräuselte Aussehen der Haut bei fast völligem Fehlen von Schuppen, den viel größeren Widerstand bei methodischem Schaben, das die traumatische Purpura viel langsamer hervortreten läßt. Darier kann diese Unterscheidungsmerkmale nicht als wesentlich oder überhaupt vorhanden anerkennen und spricht sich gegen die Aufstellung eines besonders benannten Typus aus.

Lortat-Jacob und Boutelier: **Angiomes multiples d'apparition tardive chez une malade présentant un syndrome de Raynaud et une sclérodermie fruste** (Spät aufgetretene multiple Angiome bei einer Kranken mit Raynaudschem Symptomenkomplex und abortiver Sklerodermie). Frau von 46 Jahren, Beginn der Angiombildung vor sechs Jahren, hauptsächliche Vermehrung seit zwei Jahren. Die allen drei Affektionen zugrunde liegenden Gefäßstörungen lassen zwischen ihnen ätiologische und pathogenetische Beziehungen vermuten. Die vergrößerte Thyreoidea weist auf endokrine Störungen hin; Zeichen für Syphilis bestehen nicht, doch soll trotzdem festgestellt werden, ob Wismutbehandlung irgend welche Veränderung des Zustandes herbeiführt.

Louste, Thibaut und Cailliau: **Lésion érythémato-pigmentaire atrophique de type aréolaire sur le visage et la cou, de type maculeux sur la nuque et les avant-bras poikilodermie** (Erythematös-pigmentierte atrophische Läsion von areolärem Typus im Gesicht und am Hals, von makulösem am Nacken und den Unterarmen). Der Fall steht den von Jacobi als Poikilodermia vascularis atrophicans und von Civatte als Poikilodermie réticulée des Gesichts und Halses beschriebenen nahe; es erscheint fraglich, ob eine Trennung dieser beiden Formen berechtigt ist. Organbehandlung hat bisher versagt. Civatte führt dies auf ein zu spätes Einsetzen der Behandlung zurück.

Louste und Louet: **Un cas de pseudo-hermaphrodisme** (Ein Fall von Pseudo-Hermaphroditismus). Pseudohermaphroditismus hypospadiacus andro-gynoides.

Louste, Cailliau und Darquier: **Syndrome de Recklinghausen et acromégalie** (Recklinghausenscher Symptomenkomplex und Akromegalie). Die Erscheinungen der Recklinghausenschen Krankheit hatten längere Zeit in Pigmentierungen bestanden; erst später kam es zur Eruption peripherer Knoten. Ungefähr zu der gleichen Zeit traten die Erscheinungen der Akromegalie und Symptome eines Diabetes insipidus auf. Es ist anzunehmen, daß sich gleichzeitig mit den peripheren Knoten eine zentrale Neubildung (juxta-hypophysär) entwickelte, die in dem histologischen Charakter mit ihnen übereinstimmt (Gliom).

Milian, Sauphar und Marceron: **Acanthosis nigricans.** Typischer Fall mit framboesiformen Erscheinungen der Lippen, der Vulvar- und Analschleimhaut. Harte Drüsenschwellungen am Halse (epitheliomatös). Darier wiederholt angesichts dieses inoperablen Falles seine früher aufgestellte Forderung, in jedem Falle von Acanthosis nigricans mit latentem Krebs zu laparotomieren, da stets der Verdacht auf ein Abdominalkarzinom besteht.

Milian und Solente: **Tumeurs cratériformes à ulcérations de la fesse, propagation d'un épithélioma du rectum** (Kraterförmige ulzerierte Tumoren des Gesäßes: Ausbreitung von einem Rektum-Epitheliom aus). Zylinderzellenepitheliom.

Milian: **La syphilide acnéiforme, dite encore lichénoide miliaire, est un symbiose syphilitico-tuberculeuse** (Das akneiforme, auch lichenoid miliar genannte

Digitized by Google

Syphilid ist eine Symbiose von Syphilis und Tuberkulose). Diese Formen haben eine große Ähnlichkeit mit dem Lichen scrofulosorum, von dem sie sich, bei völliger Übereinstimmung der Elementarläsion, nur durch die sternförmige Anordnung unterscheiden. Diese rührt von der regelmäßig auf Roseolen erfolgenden Entwicklung her, und zwar im dritten Monat der Syphilis. Die betroffenen Personen erwiesen sich stets als tuberkulös; dies in Verbindung mit dem histologischen Befunde (perifollikuläres Infiltrat von Lymphozyten, epithelioiden und Riesenzellen) führt zu der Annahme einer Kombination von Syphilis und Tuberkulose. Das erklärt auch die Unwirksamkeit der Quecksilberbehandlung, während die durch Salvarsan zu erzielende Heilung auf den Vorgang einer Heterotherapie zu beziehen ist.

A. Leri und Barthélemy: **Ostéome du crâne et syphilis** (Osteom des Schädels und Syphilis). Innerhalb von zehn Jahren trotz verschiedenartiger Behandlungen (auch Hg) zu bedeutender Größe gewachsener Tumor der linken Orbita. Verdacht eines endo- und exokraniellen, von der Arachnoidea ausgehenden Endothelioms; darauf eingeleitete Röntgenbehandlung ohne Erfolg. Trotz Fehlens irgend eines Anhaltspunktes für Syphilis erneute spezifische Behandlung mit Wismut; bisher wesentliche Verkleinerung der Geschwulst.

L. Bizard und L. Jolivet: **Une femme indemnée de tout accident spécifique mais présentante une réaction de Bordet-Wassermann complètement positive peut-elle être contagieuse?** (Kann eine Frau, ohne irgend welche Syphiliserscheinungen, jedoch mit positiver WR, ansteckend sein?). Fall, in dem eine in regelmäßiger Beobachtung stehende Prostituierte, die niemals Erscheinungen von Syphilis gezeigt hatte, nach anscheinend glaubwürdiger Angabe eines Mannes zur Quelle der Syphilis für diesen wurde. Prostituierte, die nicht in den ersten Jahren ihrer Tätigkeit infiziert werden, haben große Aussicht, auch später von Syphilis frei zu bleiben. Jedoch findet man bei einer sehr großen Zahl von ihnen selten eine völlig negative und noch seltener, wie in dem vorliegenden Falle, eine völlig positive WR. Man könnte annehmen, daß es bei ihnen bei dem dauernden Verkehr mit Männern, von denen sicher viele Spirochäten, wenn auch durch Behandlung abgeschwächte, beherbergen, zu einem Zustande von „demi-contagion", zu einer Syphilis ohne Schanker, ohne Roseola und ohne Schleimhauterscheinungen kommt, die aber doch eine Syphilis ist und später zu schweren Erscheinungen und Übertragungen führen kann. Diese Verhältnisse sind für die gesundheitliche Überwachung der Prostitution von großer Bedeutung. Cl. Simon weist auf die Infektiosität des Menstrualblutes bei sekundärer Syphilis hin. Milian hält manifeste Erscheinungen für das Zustandekommen einer Infektion nicht für erforderlich; auch in der Inkubationszeit des Schankers besteht Infektiosität. Queyrat erwähnt die eigentümliche Tatsache, daß Frauen mit kongenitaler Syphilis, die die Krankheit auf ihre Leibesfrucht übertragen, ihre Männer nicht anstecken. Pinard ergänzt dies dahin, daß der kongenital syphilitische Mann häufig seine Frau ansteckt, was vielleicht mit der Anwesenheit von Spirochäten im Sperma zusammenhängt. Pautrier hält zwar Ansteckungen durch das Blut eines frisch Syphilitischen für möglich, glaubt aber praktisch Übertragungen von einer Frau, die keine manifesten Erscheinungen, sondern nur eine positive WR hat, ausschließen zu können. Burnier: Eine Frau ohne Syphiliserscheinungen kann unter Umständen infektiös sein, gleichgültig, ob sie eine positive oder negative WR hat; denn auch bei letzterer können im Blut Spirochäten sein, und auf diese muß untersucht werden.

Queyrat: **Aortite avec ectasie et séro-réaction** (Aortitis mit Ektasie und Serumreaktion). Der an Aortitis mit beginnendem Aneurysma und Herzhypertrophie leidende Kranke, der vor Jahren einen Schanker gehabt hatte, war, da eine zweimalige Untersuchung mit der Flockungsreaktion von Vernes negativ ausgefallen war, nichtspezifisch behandelt worden. Verschlimmerung des Zustandes; WR positiv. Es ist also nicht richtig, wie behauptet, die Reaktion von Vernes als der WR überlegen und stets zuverlässig zu betrachten und darüber den klinischen Befund zu vernachlässigen. Eventuell muß nach mehreren Methoden und nach Reaktivierung untersucht werden.

E. Jeanselme: **Du danger de prendre pour unique critérium de la guérison de la syphilis les indications fournies par le laboratoire** (Über die Gefahr, die Laboratoriumsuntersuchungen als einziges Kriterium der Heilung der Syphilis zu betrachten). Hodenschwellung bei einem Pat., der früher Syphilis gehabt, ungenügend behandelt worden war und danach mehrfach negative WR und auch normalen Liquor hatte. Er hielt deshalb einen Zusammenhang mit Syphilis für ausgeschlossen und drängte zur Operation. Erneute Untersuchung ergab positive WR. Man darf selbst mehrfach negative WR und zu dieser Zeit normalen Liquor nicht für sicheres Zeichen der Heilung

Digitized by Google

halten und muß ungenügend behandelte Fälle trotz dieser Befunde weiterbehandeln. Aussprache über die beiden Vorträge ergibt Übereinstimmung in bezug auf die Notwendigkeit, die Klinik neben dem Laboratorium nicht zu vernachlässigen.

J. Gouin: **Traitement du lichen plan par la radiothérapie du sympathique région dorsale et sacro-lombaire** (Behandlung des Lichen planus mit Röntgenbestrahlungen des Sympathikus [Dorsal- und Sakrolumbalgegend]). An der Hand von elf Beobachtungen schildert G. Technik, Verlauf der Wirkung und Erfolge der von ihm eingeführten oberflächlichen Methode und kommt zu dem Schlusse, daß sie gegenüber der von anderer Seite empfohlenen Tiefenbestrahlung den Vorzug hat, nur eine, höchstens zwei Bestrahlungen zu erfordern und bei gleichen Resultaten von den besonderen Strahlenbeschwerden und starken Reaktionen der anderen Methode frei zu sein.

E. Bodin: **Réinoculation de pustule maligne 18 mois après une première atteinte, guérison par le sérum anticharbonneux** (Reinokulation von Pustula maligna 18 Monate nach der ersten Erkrankung; Heilung durch Milzbrandserum). Der Fall zeigt die unter Umständen nur sehr kurze Immunisierung durch die Erkrankung bzw. Vakzineeinspritzung. Zur Behandlung müssen starke Serumdosen (Initialdosis von 30—40 ccm) angewendet werden.

H. Jausion, Diot und N. Vourexakis: **Lymphocytose rachidienne accusée dans un cas d'érythème noueux** (Lymphozytose der Lumbalflüssigkeit in einem Fall von Erythema nodosum). Die starke Lymphozytose, verbunden mit sonstigen negativen Reaktionen auf Syphilis und Tuberkulose, steht in einem gewissen Gegensatz zu dem Mangel klinischer Erscheinungen. Man wird vorläufig eine besondere, dem Erythema nodosum eigentümliche Form annehmen müssen.

Ch. Audry: **Crâne et tibias de Paget, induration des corps caverneux, albuminurie, etc., chez une syphilitique peut-être héréditaire** (Pagetsche Ostitis des Schädels und der Tibien, Induratio penis plastica, Albuminurie usw. bei einer vielleicht kongenitalen Syphilis). WR schwach positiv. Ein Bruder hatte die gleichen Veränderungen an den Beinen.

L. Chatellier: **Vaccine et zona vaccinal dans le territoire cutané correspondant à la vaccination** (Impfung und Impfzoster auf dem der Impfung entsprechenden Hautbezirk). 18 Tage nach der (erfolgreichen) Wiederimpfung am linken Oberarm Zoster unterhalb der linken Klavikula und in der Fossa supraspinata. Der Zusammenhang zwischen Zoster und Impfung erscheint zweifelsfrei; die Lokalisation spricht für ein direktes Ergriffensein des Zentralnervensystems: zentripetale Ausbreitung des Impfvirus längs der Nervenstämme. E. Levin-Berlin.

Bücherbesprechungen.

Handbuch der gesamten Sexualwissenschaften in Einzeldarstellungen. Die Prostitution, Bd. 2, 1. Hälfte, von I. Bloch und G. Löwenstein. (Verlagsbuchhandlung Louis Marcus, Berlin 1925.) Erkenntnis der sexuellen Variationen, Ablehnung einer rein medizinischen und darum einseitigen Sexualpathologie, Neugestaltung der sexuellen Beziehungen der Geschlechter, Sexualreform im edelsten Sinne, das waren die Ziele, die sich I. Bloch, der Begründer der Sexualwissenschaft, gesteckt hatte; ihnen galt auch dieses Handbuch. Das wesentlichste und schwierigste Kapitel, die Prostitution, hatte er selbst übernommen; der erste Band, umfassend Naturvölker, Altertum und Mittelalter, erschien 1912 (ref. P. G. Unna, Derm. W., 1913, Bd. 56). Seitdem arbeitete Bloch am zweiten Band, der die Neuzeit behandeln sollte; doch war ihm deren Vollendung nicht gegeben. Sein geistiges Erbe trat G. Löwenstein an, und nun liegt die erste Hälfte des zweiten Bandes vor, beleuchtend und auf wissenschaftlicher Basis erfassend die Prostitution im Zeitalter der Renaissance, Reformation und Gegenreformation, weiter die Prostitution in der Zeit der Aufklärung und Übergangsepoche zur Gegenwart bis zu den Versuchen staatlicher und kommunaler Regelung der Prostitution im 18. Jahrhundert. Die Wende des 15. Jahrhunderts bringt auch für die große Frage der Prostitution einen neuen, aber bis dahin nicht in Betracht kommenden Faktor, nämlich die Lues, deren ungeheuere Verbreitung um diese Zeit einsetzt. Der Verf. des „Ursprunges der Syphilis" war naturgemäß der geeignetste Verf., diese wechselseitige Beeinflussung von Lues und Prostitution darzustellen. Die große Angst vor der Ansteckung wirkt maßgebend auf den

Digitized by Google

gesellschaftlichen Zustand der Geschlechter zueinander; die Prostitution wird im speziellen der Hauptherd für die Verbreitung der Lues und als solcher schon 1497 von den Schriftstellern der Zeit gebrandmarkt. Man sucht sich zu schützen, weist kranke Dirnen aus, schließt Bordelle, beginnt die regelmäßige Untersuchung der Dirnen einzuführen und die Behandlung der kranken Prostituierten anzubahnen. Daneben schon 1496/97 die Anfänge einer privaten individuellen Prophylaxe. Aus demselben Jahre liegen Berichte über den ersten Polizeiarzt für Prostituierte in Paris vor. Die Ärzte der damaligen Zeit bemühen sich, sichere Kriterien für die Infektionen zu finden, und ihre erhabensten Vertreter heben schon damals die ungeheuere Schwierigkeit hervor, einwandfrei festzustellen, ob eine Prostituierte syphilitisch oder gesund, ob sie von ihrer Krankheit vollkommen befreit oder noch ansteckungsfähig ist. Natürlich folgen auch die ersten therapeutischen Versuche. Die Literatur, in der die Lues eine beträchtliche Rolle spielt, spiegelt die Ansicht des Volksbewußtseins wider, daß Prostitution und Lues nun untrennbar verknüpft und dadurch eine wesentlich andere Einstellung zur Prostitution zum Ausdruck bringt als das Altertum, für das nur sexuelle und ethische Momente maßgebend waren. Als berühmteste Dichtung sei das von Girolamo Fracasturo in der Zeit von 1475—1521 entstandene lateinische Gedicht erwähnt, das der Krankheit den wissenschaftlichen Namen „Syphilis" gibt. Es gesellte sich aber für die Folgezeit zu den für die Prostitution bis dahin allein maßgebenden sozialen und ethischen Motiven das hygienische, und man kann wohl sagen, es wurde zeitweise sogar das wichtigste und ließ hier die anderen Leiden völlig in den Hintergrund treten. Dies der große Einfluß der Lues auf die Probleme der Prostitution. In den nächsten Kapiteln folgt eine meisterhafte Darstellung der speziellen Einflüsse, getrennt in zwei große Gruppen, nämlich die Zeit der Renaissance, Reformation und Gegenreformation einerseits und das Zeitalter der Aufklärung andererseits, das in die Gegenwart überleitet. Ein ungeheures Quellenmaterial ist zu diesem Zweck kritisch gesichtet, bearbeitet und durch die Grundgedanken des Werkes harmonisch verbunden. Auch eine kurze Wiedergabe ist in diesem Rahmen leider unmöglich und seien nur wenige Punkte hervorgehoben. Die Renaissance neigt mit ihrem Aufleben der Antike und deren Schönheitskult im Gegensatz zum Mittelalter naturgemäß zur freien Form der Prostitution; sie bringt, von Italien kommend, als Hauptserscheinung die Kurtisane, wohl durch verschiedentliche Einflüsse variiert, doch im ganzen gegenüber der gebundenen Form der Bordelle herrschend. In ihrem Gefolge auch sonst allgemeine Sittenfreiheit, oft zur Roheit ausartend. Die kirchlichen Gegenströmungen führen zu keinem ausschlaggebenden Erfolg. Im Gegensatz dazu im Zeitalter der Aufklärung mehr Neigung zur Gebundenheit. Die anthropologische Einstellung setzt nicht nur den Menschen in den Mittelpunkt der Forschung; sie strebt auch dauernd nach seiner Vollendung und Verbesserung, wozu ihr der eudämonistische Staat mit seiner gut ausgebauten und mächtigen Polizei helfen soll. Daneben fortschreitend der innerliche Verfall, von den Höfen, erstlich dem französischen unter Philipp von Orleans und Ludwig XV., kommend und auch die übrigen Gesellschaftsschichten ergreifend. Überhaupt ist im 18. Jahrhundert Frankreich bestimmend, und seine Emigranten sorgen für die Verbreitung französischer Lebensart auch im übrigen Europa. Überall aber findet man schon Übergänge zu den Verhältnissen der Gegenwart, auf deren Darstellung im Rahmen dieses Werkes man sich freuen kann. Im ganzen ein Standardwerk, das dem Leser nicht nur medizinisch, sondern vor allem kulturhistorisch sehr viel Neues gibt.

F. M. Peter-Hamburg.

Geschlechtskunde auf Grund 30jähr. Forschung und Erfahrung bearbeitet, von M. Hirschfeld. (Lieferung V, Verlagsbuchhandlung Julius Püttmann-Stuttgart.) Den Inhalt dieser Lieferung bildet die Besprechung der Ipsation (= Onanie) in ihrem Beginn und Ursachen, hauptsächlich der sexuellen Einsamkeit, die als selbstgewollte zum Narzißmus führt. Sichere objektive Beweise stattgehabter Ipsation gibt es nicht. Eindringlichst wird gegen die Übertreibungen in bezug auf die daraus entstehenden Schädigungen Front gemacht. Von Störungen, die besonders nach gehäufter Ausübung auftreten können, finden sich (vorwiegend bei an und für sich nervenschwachen Personen): Ejaculatio praecox, nervöse Impotenz, sexuelle Neurasthenie und sonstige Neurosen, von seelischen Störungen nur Depression. Zur Ursache der Homosexualität kann sie niemals werden. Die ipsatorische Reizung erzeugt endogene Unlustreaktion. Für die Behandlung kommt hypnotische Suggestion, Autosuggestion in Betracht; soweit möglich, ist kausale Therapie anzuwenden. Den Schluß der Lieferung bildet der Beginn des achten Kapitels: Geschlechtswille und Triebstärke. Lebensweise und Lebensweisheit, worüber im Zusammenhange mit der nächsten Lieferung zu berichten sein wird. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Diagnostisch-therapeutisches Vademekum, von J. Donat usw. (22. Aufl., Verlag J. A. Barth, Leipzig 1924.) Aus dem bekannten „Viermännerbuch" ist jetzt ein „Neunmännerbuch" geworden, für dessen Beliebtheit schon die Zahl der Auflagen spricht. Ein Nachschlagebuch zur raschen Orientierung auf allen Gebieten der Medizin, leistet es speziell in dem Abschnitt XIII: Abriß der Haut- und Geschlechtskrankheiten (von Friedheim-Leipzig) alles, was man von einer Zusammendrängung eines solchen Gebietes auf 40 knappe Seiten verlangen kann. M. Stern-München.

Mitteilungen aus der Literatur.

Urogenitalapparat.

b. Penis, Urethra, Blase.

Gangrene of the Bladder (Gangrän der Blase), von W. J. Carson, Univ. Maryland, Baltimore. (J. of Urology, 1925, Bd. 13, Nr. 2, S. 205.) Die Gangrän der Blase kommt meist bei Frauen vor. Sie kann sein die Folge einer Störung in der Zirkulation durch Druck von innen oder von außen, ferner einer Infektion allgemeiner oder lokaler Art mit oder ohne mechanische Verletzung; drittens eine Folge einer Verletzung des Zentralnervensystems und viertens chemischer Reizmittel. Am häufigsten kommt das Zusammentreffen einer Infektion und einer Zirkulationsstörung in Betracht. Von den in der Literatur angeführten 154 Fällen betrafen 105 Fälle Frauen. Verf. beschreibt hier 2 Fälle bei Männern. Der erste Fall betraf einen Neger, der 59 Jahre alt, mit einer Urethralstriktur, Prostatasteinen und einer Urinretention von 72 Stunden ins Krankenhaus kam. Die übermäßige Dehnung und die Infektion bedingten die Gangrän, dann Peritonitis, Exitus; der zweite Mann hatte Typhus, Darmperforation, Peritonitis, Blasengangrän. (Ob dieselbe sekundär oder auf typhöser Grundlage, wird nicht gesagt. Der Ref.) Der dritte Fall, eine Frau, hatte eine perniziöse Anämie und eine Blasengangrän. Dekubitusgeschwüre.
A. Rosenburg-Mannheim.

Diverticula of the Urinary Bladder: Feature Observations (Blasendivertikel. Röntgenographische Beobachtungen), von R. V. Day u. H. W. Martin-Los-Angeles. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 4, S. 268.) Die Arbeit bringt unter Beifügung mehrerer Krankengeschichten einen Überblick über Klinik und Therapie der Blasendivertikel. Neue Gesichtspunkte werden nicht angegeben. Ausgezeichnete Radiogramme von Blasendivertikeln mit Kontrastfüllung sind abgebildet. Erwähnenswert ist der Hinweis auf die Notwendigkeit zweizeitiger Operation in Fällen mit schwerer Zystitis und gleichzeitiger Prostatahypertrophie; erwähnenswert deshalb, weil in Deutschland derartige Fälle oft noch einzeitig operiert werden, und weil die ungeheuren Vorteile der temporären Blasenfistel gegenüber dem Dauerkatheter in weiten ärztlichen Kreisen immer noch unbekannt sind.
O. A. Schwarz-Berlin.

La forme lombaire des crises vésiculaires (Die lumbale Form der Blasenkrisen), von Gaston Parturieux. (Progr. méd., 1925, Nr. 15, S. 538—542.) Die lumbale Form der Blasenkrisen läßt sich klinisch gut charakterisieren, ihre Pathogenese ist noch nicht geklärt. E. Levin-Berlin.

Sulfoxylsalvarsan in der Urologie, von W. Karo-Berlin. (Ther. d. Gegenw., 1925, Jahrg. 66, H. 2, S. 95.) Sulfoxylsalvarsan hat vor den anderen Salvarsanpräparaten den Vorzug, daß es in gebrauchsfertiger, haltbarer Lösung in den Handel kommt. Das Mittel wird unverdünnt von Harnröhren- und Blasenschleimhaut reizlos vertragen, und gibt gute Erfolge in der Tripperbehandlung, besonders bei akuter Urethritis posterior. Bewährt hat sich das Sulfoxylsalvarsan auch in den Fällen von chronischer Pyelitis, in welchen andere Mittel versagten; es ist zur Nierenbeckenspülung geeignet. Ferner soll es besonders gute Dienste leisten bei der Zystitis der Prostatiker und bei Schrumpfblase. Verf. schreibt die gute Wirkung der Einwirkung des Schwefels auf die Schleimhaut der Harnwege zu. O. A. Schwarz-Berlin.

c. Hoden, Samenbläschen, Prostata.

Die Prostata und ihre klinische Bedeutung, von O. Orth-Homburg (Saar). (M. m. W., 1925, Nr. 8, S. 305.) Gediegene Abhandlung. Für praktische Ärzte geschrieben. A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Über Lipoide und Pigmente der Prostata des Menschen, von C. Plenge, Path. Inst. Univ. Berlin. (Virch. Arch., 1924, Bd. 253, S. 665.) Im jugendlichen Alter war die Prostata stets frei von Pigment. Der jüngste Fall, bei dem es gefunden wurde, betraf einen 22jähr. Mann. Auf die ganzen aus den verschiedensten Lebensaltern untersuchten 100 Fälle fand Plenge Pigment in 30%, und zwar immer nur in glatten Muskelfasern, niemals in festsitzenden oder abgestoßenen Epithelien. Die Menge des gefundenen Pigments war sehr verschieden. In 10% reichlich, in 10% mäßig viel, in 10% nur wenig. Eine feste Beziehung zwischen der Pigmentmenge und dem Lebensalter ließ sich im allgemeinen nicht feststellen. Das Pigment liegt in Form kleiner amorpher Körnchen unregelmäßig verteilt in den einzelnen Muskelzellen, manchmal nur spärlich, sehr oft aber reichlich, nicht selten die ganze Zelle ausfüllend, so daß diese den Eindruck erweckt, als sei sie gequollen. Der Kern ist manchmal durch die Körnchen verdeckt, weist aber im allgemeinen keinerlei Anzeichen einer Schädigung auf. Nicht selten war eine Anlagerung der Pigmentkörnchen an beiden Polen des Kerns, wie man es auch am Herzmuskel findet. Das Pigment der glatten Muskulatur der Prostata ist somit dem in der glatten Muskulatur anderer Organe vorkommenden Muskelpigment gleichzustellen. Zu dem Pigment der glatten Muskulatur der Samenblase fand sich insofern ein bestimmtes Verhältnis, als in den Fällen, in denen sich reichlich Pigment in der Prostatamuskulatur fand, auch in der Muskulatur der Samenblase reichlich Pigment vorhanden war. Fettlösungsmittel, desgleichen konzentrierte Säuren und Laugen lassen das Pigment der Prostatamuskulatur völlig unverändert. Die Eisenreaktion war stets negativ. Im polarisierten Licht ergab sich nie eine Doppelbrechung. Besonderes Interesse hat die Frage der Bleichbarkeit des Pigments und seines Verhaltens gegenüber dem salpetersauren Silber. Es ergab sich, daß es durch 5%ige Wasserstoffsuperoxydlösung in jedem Falle in verhältnismäßig kurzer Zeit, meist schon nach 48 Stunden völlig gebleicht wurde. Die Behandlung mit 5%igem Arg. nitric. zeigt in jedem Falle nach längerer Einwirkung ein positives Ergebnis. Nach dem Ausfall der färberischen und mikrochemischen Reaktionen erscheint es nicht zweifelhaft, daß wir es hier mit einem völlig fettfreien braunen Abnutzungspigment zu tun haben, ähnlich dem der Muskulatur der Samenblase und des Darms. E. Meirowsky-Köln.

Zur Röntgenbehandlung der Prostatahypertrophie, von M. Krabbel, Chir. Abt. Krkhs. Aachen-Forst. (Bruns' Beitr., 1925, Bd. 133, H. 2, S. 266.) Der Autor hat die in letzter Zeit aufgegebene Methode der Röntgenbestrahlung der Prostatahypertrophie wieder aufgenommen; die Resultate seiner Versuche durch Bestrahlung des Perineums sind sehr zufriedenstellend. W. Chrzelitzer-Waldenburg (Schles.).

Zur Entstehung der Prostatahypertrophie, von F. Reischauer, Chir. Univ.-Kl. Breslau. (Zbl. f. Chir., 1925, Nr. 10, S. 517.) Anatomische Untersuchungen, die bezüglich der Entstehung der Prostatahypertrophie zu einem negativen Resultat geführt haben: Ätiologisch kommen Entzündung, Arteriosklerose und auch die kompensatorische Hyperplasie nicht in Frage. Die anatomische Diagnose ist gebunden an das Vorkommen knotiger Neubildungen am Blasenhals und in der Drüse, und zwar in dem Gewebe zwischen eigentlichem Drüsenkörper bzw. dem Sphincter vesicae und der Harnröhrenschleimhaut. Dabei kann eine Knotenbildung ohne merkliche Vergrößerung des Organs vorkommen, so daß anatomisch ungleich häufiger eine Hypertrophie vorhanden ist, als man nach den klinischen Untersuchungen annehmen sollte. Nach dem 50. Lebensjahr findet sich die P.-H. außerordentlich oft: Zwischen dem 50. und 60. Jahr in über 40%, im 60. bis 70. Jahr in 75%, jenseits des 70. Jahres ist sie fast regelmäßig vorhanden. F. Landauer-Berlin.

Über einzelne Fragen zur Therapie der Prostatahypertrophie, von G. v. Illyés, Urol. Kl. Univ. Budapest. (Zschr. f. urol. Chir., 1925, Bd. 17, H. 3 u. 4, S. 229.) Bei der Prostatahypertrophie haben wir es mit einer innerhalb des Sphinkters unter der Schleimhaut liegenden, oberhalb des Samenhügels lokalisierten Drüsengruppe zu tun, die geschwulstartig degeneriert ist. Ein Rezidiv kann durch Anwachsen kleiner, bei der Operation zurückgebliebener, adenomatöser Knoten zustande kommen, die bei der ersten Operation so klein waren, daß sie übersehen wurden. Eine absolute Indikation zur Operation sieht Verf. dann, wenn Pat. spontan nicht mehr urinieren kann, oder wenn der Residualharn 200 ccm beträgt. Die Vasektomie verhindert die bei Dauerkathetern häufigen Nebenhodenentzündungen. Die zweizeitige Operation lehnt Verf. ab, vielmehr will er an Stelle des ersten Teiles derselben, der Sectio alta, den Dauerkatheter einlegen und die gleichen Erfolge erzielt haben (? Ref.). Verf.

Digitized by Google

macht die Operation auch bei einem Gefrierpunkt von —0,59°—0,60° und einer Restharnmenge von 0,5—0,6%. Daß bei Verdacht von Karzinom operiert werden muß, liegt auf der Hand. Bei der Prostatektomie wird die Wundhöhle tamponiert.
A. Rosenburg-Mannheim.

Medical and Surgical Diathermy in Urology. Including a New Technique for the Treatment of Carcinoma of the Prostate (Interne und chirurgische Diathermie in der Urologie [einschließlich einer neuen Technik zur Behandlung der Prostatakarzinome]), von B. C. Corbus-Chicago. (J. of Urology, 1925, Bd. 13, Nr. 3, S. 355.) Verf. unterscheidet zwischen der internen und der chirurgischen Diathermie. Die chirurgische nennt er die lokalisierte, die bis zur Hitze der Koagulation gesteigert wird. Sie tötet alle Bakterien, so daß es keine postoperative Infektion gibt, sie kennt keine Nachblutung, da sie auch die Umgebung koaguliert. So kann die Blennorrhoe und das Karzinom angegriffen werden. Da der Gonokokkus bei 108° F (= 42,2° C) abstirbt, aber 109° F vom Menschen, wie Santos an sich selbst erprobte, gut vertragen wird, andererseits aber ein Hund 113° F (= 45° C) vertragen konnte, ohne daß mikroskopisch eine Verbrennung der Harnröhre festzustellen war. Der Zervixkanal konnte, ohne eine Sensation, eine Temperatur von 116° F (= 47° C) 40 Minuten lang aushalten. So bewirkt die Diathermie, wenn man sie 50 Minuten lang auf eine blennorrhoische Schleimhaut einwirken läßt, eine Besserung sowohl der Schmerzen wie auch der Symptome. Bei der blennorrhoischen Urethritis hat die „Hitzetherapie" wegen der großen Blutzufuhr zu dem Penis und der verschiedenen Kaliber der Harnröhre nicht den sicheren Erfolg. Bei der blennorrhoischen Prostatitis und Periurethritis aber waren die Resultate sicherer. Bei der Erkrankung der Littreschen Drüsen hat die Diathermie einen sicheren Erfolg gezeitigt. — Was die Behandlung des Karzinoms anbelangt, so kommt Verf. zu dem Schluß, daß in allen Fällen, in denen eine Verlegung des Lumens der Harnröhre mit Reststickstofferhöhung im Blut einhergeht, zuerst die Sectio alta ausgeführt werden soll, und erst wenn der Pat. sich erholt hat, soll weiter operiert werden. Bei einer einfachen Prostatahypertrophie mit malignen Teilen im Hinterlappen soll man nicht operieren, um nicht die gutartige Geschwulst zu stören, da wir am meisten die Metastasen des Prostatakarzinoms fürchten. Auch die perineale Prostatektomie mit Koagulation wird empfohlen. A. Rosenburg-Mannheim.

Survival of the Mammalian Testis in Vitro (Überleben des Hodens der Säugetiere in vitro), von C. J. Lundy-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 10, S. 745.) Die vorliegenden Untersuchungen wurden auf Veranlassung von Carlson zu dem Zweck unternommen, um die Länge der Zeit zu bestimmen, welche gerade noch zwischen der Entfernung des Hodens von dem Spender und einer erfolgreichen Einpflanzung auf das empfangende Tier möglich ist. 24 Stunden nach Herausnahme des Hodens weißer Ratten waren nur wenige Spermatozoen noch beweglich, blieben in derselben relativen Stellung, und ihr Schwanzteil bewegte sich nur langsam von Seite zu Seite. 48 Stunden nach der Herausnahme ward keine Beweglichkeit mehr beobachtet. Nach genauerer Beschreibung seiner Versuche kommt daher Verf. zu dem Schlusse, daß Hodengewebe der Ratten, 24 Stunden oder länger außerhalb des Körpers (im Reagenzglase) aufbewahrt, für eine erfolgreiche Überpflanzung nicht verwendet werden kann. Immerhin möchte er aber betonen, daß diese bei Ratten ausgeführten Experimente nur für diese Spezies Beweiskraft haben, und es keineswegs feststeht, daß die Hoden höherer Säugetiere oder der Menschen den gleichen Mangel an Widerstandskraft in vitro zeigen. M. Stern-München.

Orchites aiguës et subaiguës primitives de l'enfance (Akute und subakute primäre Hodenentzündungen bei Kindern), von A. Mouchet. (Paris méd., 1925, Nr. 12, S. 243—244.) Alle nicht auf Tuberkulose oder sonstigen Infektionskrankheiten beruhenden sogenannten essentiellen Orchitiden bei Kindern entstehen regelmäßig, wenn akut, durch Torsion des Samenstranges, wenn subakut, durch Torsion der Morgagnischen Hydatide. In jedem Falle Operation, wenn auch in letzteren Fällen die Folgen der Torsion des Samenstranges nicht zu befürchten sind, so doch zur Sicherung der Diagnose. E. Levin-Berlin.

Ein seltener Fall von Hodenstrangulation, von W. Spilmann, Krkh. Wattwil. (Schweiz. m. W., 1925, Nr. 7, S. 141—142.) Die Strangulation war durch die in abnormer Länge gestielt entwickelte Hydatide (Appendix testis Morgagnii) zustande gekommen, die mit ihrem freien Ende, vielleicht infolge eines früheren Traumas (vor 12½ Jahren ausgeführte Herniotomie), mit dem Hoden verwachsen war.
E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Über Hodengangrän, von A. Buschke-Berlin. (D. m. W., 1925, Nr. 6, S. 229.) Buschke weist darauf hin, daß er Hodengangrän im Anschluß an akute und chronische Blennorrhoe, ferner nach einfacher Urethritis und ohne nachweisbare Ursache bereits 1905 und 1909 beobachtet habe. Mulzer hat sodann im Arch. f. Derm., Bd. 94, H. 2/3, ausführlich über diese Erkrankungen berichtet. Die angeführten Arbeiten sind anscheinend Küttner und Esau entgangen. Was die Therapie betrifft, so empfiehlt Buschke in Fällen ohne schwere Erscheinungen antiphlogistisch zu behandeln, da häufig unter Resorption des nekrotischen Gewebes Spontanheilung eintritt. In anderen Fällen begnügt er sich mit Punktionen akzidenteller Hydrozele und Inzisionen, und wartet ab, bis das nekrotische Gewebe sich spontan abstößt.

F. Harry-Wiesbaden.

Tumors of the Testis, Simulating Epididymitis (Hodentumoren, welche eine Epididymitis vortäuschen), von J. Dellinger Barney-Boston. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 4, S. 245.) An Hand von drei Krankengeschichten aus der Praxis und einigen Fällen aus der Literatur wird dargetan, daß Hodentumoren, besonders im Anfang, zu einer Entzündung des Nebenhodens führen können und so die Diagnose einer Epididymitis oder eine Tuberkulose fälschlicherweise gestellt wird. — In einem Falle handelte es sich um ein Hodensarkom, einmal um ein Karzinom, einmal um ein Karzinom mit Teratombildung. Verf. rät deshalb, in allen den Fällen, in welchen die Diagnose auch nur irgendwie zweifelhaft ist, eine Probefreilegung vorzunehmen.

O. A. Schwarz-Berlin.

The Treatment of Teratoid Tumors of the Testis with Radium and the X-Rays (Die Behandlung der Hodenteratome mit Radium und Röntgenstrahlen), von A. L. Dean-New York. (J. of Urol., 1925, Bd. 13, Nr. 2, S. 149.) Die Hodenteratome sind gegenüber den Hydrozelen dadurch differentialdiagnostisch zu erkennen, daß bei der Hydrozele mit dem Wachsen der Hydrozele der Penis verdeckt wird, dieses ist bei dem Teratom nicht der Fall. Die Hodenteratome haben eine große Sterblichkeit, da die Metastasen schon sehr früh auftreten. Deshalb ist meist die einfache Ablatio auch ohne Erfolg. Verf. teilt die Fälle in 5 Gruppen ein: 1. in die primär operabeln Fälle: 6 Fälle, davon leben noch 4 (66%), und zwar 1 Jahr 1 Monat, 1 Jahr 8 Monate, 2 Jahre 6 Monate und 3 Jahre 9 Monate nach Radium und Röntgenbehandlung; 2. die primär inoperabeln Fälle: 10 Fälle, davon leben 2 (20%) ohne Zeichen einer Erkrankung, und zwar 6 Monate und 3 Jahre 1 Monat; 3. Lokalrezidiv (operabel) nach Operation: 1 Fall operiert und nach Radium geheilt (9 Monate); 4. nicht operables Lokalrezidiv nach Operation: inoperable Lokalrezidive, inoperable Metastasen: 39 Fälle, 8 (20%) durch Röntgen und Radium geheilt, 6 Monate, 1 Jahr 2 Monate, 1 Jahr 5 Monate, 2 Jahre 5 Monate, 4 Jahre 8 Monate, 4 Jahre 9 Monate, nach Radiumbehandlung; 5. Prophylaxe: zuerst Operation, dann Radium- und Röntgenbehandlung: 3 Fälle (43%) 2 Jahre geheilt, 3 Fälle gestorben, 1 Fall nicht nachuntersucht, und zwar leben die 3 Fälle noch 2 Jahre 1 Monat, 2 Jahre 5 Monate, 2 Jahre 8 Monate; es sind 3 Fälle gestorben 5 Monate, 1 Jahr 4 Monate, 1 Jahr 8 Monate nach der Radiumbehandlung. Verf. hält die präoperative Radiumbehandlung für sehr wesentlich. Die Röntgenbestrahlung wirkt besonders auf die lumbalen und Beckenlymphdrüsen, so daß der chirurgische Eingriff hier unnötig ist. Die hochwertige Röntgenbestrahlung ist der Radiumbehandlung fast vorzuziehen. Von 7 Pat., die im operabeln Zustande so behandelt wurden, leben noch 5 ohne Anzeichen der Erkrankung. Von den 49 Pat., die in inoperablem Zustand ins Krankenhaus kamen, leben nur noch 10 ohne Anzeichen der Erkrankung. Hier war äußerlich nur Radium angewandt worden. Es ist also die Operation nach prophylaktischer präoperativer Röntgenbestrahlung anzustreben.

A. Rosenburg-Mannheim.

Les hydrocèles vaginales (Die Hydrozelen), von G. Jeanneney. (Gaz. des hôp., 1925, Nr. 23, S. 373—378.) Die reine primäre Hydrozele kommt kaum vor, gewöhnlich handelt es sich um symptomatische Hydrozelen, und zwar kommen in Betracht: a) chronische infolge chronischer seröser Entzündung der Tunica vaginalis oder Läsionen der darunter gelegenen Organe; b) kongenitale Hydrozelen infolge von Mißbildungen des Processus vaginalis; c) die seltenen, auf entzündlichen oder traumatischen Veränderungen der Tunica vaginalis beruhenden akuten Hydrozelen. Eingehende Darstellung der Genese, Pathologie, des Befundes, der Diagnose. Bei dieser ist die Feststellung der Ätiologie besonders wichtig; hierfür Chloroformprobe: Zusatz von 15 Tropfen zur Hydrozelenflüssigkeit. Koagulation in 30 Minuten be-

Digitized by Google

deutet vorgeschrittene syphilitische oder tuberkulöse Hodenaffektion, Koagulation in 5 Stunden banale Affektion, tritt keine Koagulation ein, so kann der Nebenhoden als gesund gelten. Besprechung der verschiedenen Behandlungsmethoden. Dauererfolge durch Punktion mit (unter Anästhesierung mit Kokain 1% oder Antipyrin 10% erfolgender) Einspritzung von Alkohol, Jodwasser, Karbolwasser, Jod-Jodkali, die nach 4—5 Minuten wieder völlig entleert werden müssen. Operative Methoden.

E. Levin-Berlin.

Sterility in the Male, with Remarks on Operative Experience (Über die Sterilität des Mannes, mit Bemerkungen über operative Versuche), von F. R. Hagner-Washington. (J. of Urol., 1925, Bd. 13, Nr. 3, S. 377.) Bei einer sterilen Ehe ist oft nicht die Frau, sondern der Mann der sterile Teil. Anastomosen zwischen dem Vas und dem Nebenhodenkopf hatten in manchen Fällen zur Heilung und Befruchtung geführt. Verf. verfolgte zuerst die Methode Martins, später aber spaltete er den ganzen Nebenboden und implantierte das Vas in den Teil, wo noch lebende Spermatozoen vorhanden waren. Nach der Eröffnung des Vas wurde Argyrol injiziert, um eine Narbe zu verhindern. Man mußte zuerst sich davon unterrichten, ob das Vas durchgängig ist, da nur in diesen Fällen die Operation Aussicht auf Erfolg hat. Die Fälle, bei denen die Naht mit Silber ausgeführt wurde, waren die einzigen, bei denen ein Erfolg zu verzeichnen war, während bei Katgutnähten das nicht der Fall war, wahrscheinlich weil das Silber das Gewebe weniger zur Vernarbung anregte. Die Anastomose war meist lateral angelegt. Finden sich in dem einen Nebenhoden keine lebenden Spermatozoen, so kann man nach Perforation des Septums die Anastomose mit der anderen Seite ausführen, wenn, wie in einem Falle, auf dieser Seite noch lebende Spermatozoen gefunden werden, aber auf dieser Seite eine Stenose des Vas besteht. Auch Anastomosen direkt, aber in den Hoden, hatten keinen Erfolg. Fünf von den acht operativ Geheilten hatten ein oder mehr Kinder später. Als Anästhesie wurde die Allgemeinnarkose angewandt. Die Operation ist nicht lebensgefährlich und wird zur Nachprüfung empfohlen.

A. Rosenburg-Mannheim.

Grundsätzliches zur Steinach-Operation, von H. R. Schinz und B. Stotopolsky, Chir. Univ.-Kl. Zürich. (D. m. W., 1925, Nr. 13, S. 518, Nr. 14, S. 557.) Verff. besprechen zunächst die von Payr aufgestellten Gegenindikationen und führen auf Grund ihrer tierexperimentellen und histologischen Studien folgende Grundsätze für die Steinach-Operation an: 1. Der Effekt der Steinach-Operation beruht auf der Resorption der nach der Unterbindung massenhaft zerfallenden Samenepithelien und nicht auf einer Funktionssteigerung der Pubertätsdrüse. Außerdem kann eine Neubelebung der später wieder regenerierenden „Samendrüse" stattfinden. 2. Die Röntgenbestrahlung des Hodens ist der Steinach-Operation nicht gleichwertig, da ein nennenswerter Zerfall von Samenepithelien nicht eintritt. 3. Für eine Dauersterilisation ist die doppelte Vasektomie der Röntgenbehandlung der Hoden überlegen. 4. Außer der eben genannten eugenetischen Indikation gibt es keine andere, bei der die Steinach-Operation die Methode der Wahl wäre. 5. Die Steinach-Operation kann als Adjuvans nach Totalexstirpation von Karzinomen angewandt werden. 6. Die doppelseitige Operation kann außerdem bei allen Fällen von Senium praecox mit eunuchoiden Symptomen in Betracht gezogen werden, wenn die Testikel noch intakt sind. 7. Kontraindiziert ist die Operation bei Sexualstörungen auf psychopathischer Grundlage. Gleichgültig dabei ist, ob es sich um Impotenz oder Hypersexualismus, Homosexualität oder Perversitäten, speziell bei Jugendlichen, handelt. Weitere Kontraindikationen sind vorhanden bei Geisteskrankheiten unter dem Gesichtspunkt der Therapie (nicht als eugenische Maßnahme), ferner bei gleichzeitiger Vornahme der Steinach-Operation mit einem sonstigen örtlichen Eingriff an den Genitalorganen. Die Rekonvaleszenz in solchen Fällen wird oft als Verjüngung angesehen. 8. Nicht jede mißglückte Operation darf als ein Mißerfolg des Verfahrens nach Steinach angesehen werden. In solchen Fällen war meist ein vollkommen atrophischer Hoden vorhanden. Auf diese Weise wird das Verfahren schuldlos diskreditiert. Andererseits besteht die Möglichkeit einer Überschätzung der Operation, da suggestive Momente eine große Rolle spielen. Ein sicheres Urteil über den Wert der Steinach-Operation wird erst durch weitere Tierversuche ermöglicht werden können.

F. Harry-Wiesbaden.

Observations and Experiments upon Spermatozoa of the Guinea-Pig (Beobachtungen und Untersuchungen über die Spermatozoenbildung des Meerschwein-

Digitized by Google

chens), von B. A. Cody, Univ. Stanford. (J. of Urol., 1925, Bd. 13, Nr. 2, S. 175.) Verf. bringt in 33 Abbildungen alle von ihm beobachteten Abarten von Spermatozoen des Meerschweinchens. Zusammengeklumpte Spermatozoen, nicht völlig ausgebildet, dann wieder solche mit abnorm langem Körper, solche, bei denen der Kopf sich vom Körper getrennt hat und tiefer liegt. Dann degenerierte Spermatozoen, solche mit gespaltener Peitsche, solche mit zwei Köpfen zusammenhängend, solche mit atrophischen Köpfen und solche mit zwei getrennten Köpfen, aber nur einer Peitsche. Gute Abbildungen auch der normalen Form erleichtern den Vergleich.

A. Rosenburg-Mannheim.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Congenital Dilatation of the Ureter (Angeborene Erweiterung des Ureters), von N. F. Ockerblad-Kansas. (J. of Urol., 1925, Bd. 13, Nr. 3, S. 325.) Die angeborene Erweiterung des Ureters vergleicht Caulk mit der Hirschsprungschen Krankheit. Der vom Verf. beschriebene Fall machte keine sehr ausgesprochenen Symptome. Er betraf eine 61jährige Frau, die einen dumpfen Schmerz im Rektum und geringe Schmerzen im Rücken hatte. Die Zystoskopie ergab keinen Anhaltspunkt, auch die Phenolsulphophthaleinprobe nicht. Die Pyelographie aber zeigte bei normal großem Nierenbecken einen maximal verbreiterten Ureter. Die geringgradige Infektion, die bestand, wird durch die Stase im Ureter erklärt. Bemerkenswert ist, daß die Pat. diese angeborene Anomalie bis zu ihrem 61. Lebensjahr ohne ernstliche Schädigung der Nieren gehabt hatte, während wir wissen, daß andererseits eine Striktur oder Klappenbildung frühzeitig eine Dilatation des Nierenbeckens bedingt hätte.

A. Rosenburg-Mannheim.

Surgical Injuries of the Ureter (Chirurgische Verletzungen des Ureters), von P. Brooke Bland-Philadelphia, Pa. (Med. J. and Record, 1925, Bd. 121, Nr. 7, S. 389—392.) Das Vorkommen ist ein weit häufigeres, als im allgemeinen angenommen wird. In Betracht kommen Ligatur, Inzision, Exzision, Nekrose im Gefolge unzweckmäßiger Manipulationen an den zuführenden Blutgefäßen oder deren Durchschneidung. Es werden die verschiedenen in Frage kommenden operativen Eingriffe aufgezählt, bei denen 58 Fälle doppelseitiger und 258 Fälle einseitiger Verletzungen beobachtet wurden.

E. Levin-Berlin.

Zur Diagnostik von Steinen im untersten Teil des Ureters, von R. Reinecke, II. Chir. Abt. Allg. Krkhs. Eppendorf, Hamburg. (Zbl. f. Chir., 1925, Nr. 14, S. 740.) Einen wichtigen diagnostischen Fingerzeig bei Verdacht auf Ureterstein im untersten Ende bieten die gleichzeitigen und gleichseitigen Drüsenschwellungen; es ist selbstverständlich, daß diese nur dann verwertbar sind, wenn alle anderen Erkrankungen, die eine Drüsenschwellung erklären können, ausgeschlossen sind.

F. Landauer-Berlin.

Ein Beitrag zur Kenntnis der primären Uretertumoren, von Djeng-Yän Ku, Path. Inst. Städt. Krkanst. Barmen. (Zbl. f. Pathol., 1925, Bd. 35, Nr. 18, S. 549.) Unter Berücksichtigung der Literatur der seltenen Uretertumoren wird ein Fibromyom mit Tendenz zu sarkomatöser Entartung als primärer Tumor des linken Harnleiters beschrieben. Der Tumor hatte den Ureter umwachsen, die Niere zeigte beginnende Hydronephrosenbildung. Als Ausgangspunkt der Geschwulst wird die äußere Ringmuskelschicht des Harnleiters angenommen. Das Vorliegen einer kongenitalen Gewebsmißbildung für derartige Fälle ist wahrscheinlich.

O. A. Schwarz-Berlin.

Polyurie liée sans doute à un gliome de la région tubérienne (Polyurie zweifellos im Zusammenhange mit einem Gliom der Gegend des Tuber. cinereum), von L. Babonneix u. J. Hutinel. (Gaz. des hôp., 1925, Nr. 24, S. 389—390.) Polyurie von täglich 10—12 Litern, gegen jede Behandlung refraktär, keine Glykosurie. Tod an Tuberkulose. Bei der Sektion erbsengroßes Gliom in der Gegend des Tuber. cinereum bis unterhalb des Chiasmas herabreichend.

E. Levin-Berlin.

Zur Kenntnis der Nierenfunktion bei Blasenstauung, speziell bei Prostatahypertrophie, von A. Salomon, Chir. Univ.-Kl. Berlin. (D. m. W., 1925, Nr. 10, S. 394.) Verf. hat bei 28 Prostatikern und 7 Pat. mit paralytischer Blase die Funktion der Nieren mittels des Wasser- und Konzentrationsversuchs, Reststickstoffbestimmungen sowie der Indigkarminprobe geprüft. Der Wasser- und Konzentrationsversuch zeigte bei allen Prostatikern eine mehr oder weniger gestörte Nierenfunktion. Die Wasser-

Digitized by Google

ausscheidung in 4 Stunden ist stets bedeutend herabgesetzt, die Konzentrationsfähigkeit der Nieren stark vermindert. Nach akuten Harnretentionen wird als Zeichen des großen Wasserbedürfnisses auffallend viel Wasser zurückgehalten. In schwersten Fällen von Stauung mit Insuffizienz der Nieren kommt es zu der sog. Isosthenurie, d. h. die Zahlen des spezifischen Gewichts für die größte Verdünnung und Konzentration sind annähernd gleich. Im Konzentrationsversuch besteht oft zwangsläufige Polyurie. Die genannten Schädigungen sind meist funktioneller Natur und hören nach Beseitigung der Stauung auf. Restlos werden sie jedoch nicht mehr beseitigt. Die mangelhafte Konzentrationsfähigkeit der Niere gleicht der Prostatiker durch Vermehrung der Harnmenge sowie durch eine gleichmäßige Verteilung der Nierenarbeit über den ganzen Tag aus. Der Reststickstoff ist bei mittleren Restharnmengen normal oder leicht erhöht, erst bei hohen Graden der Stauung beträgt er 60—160 mg. Bei akuter Harnstauung ist der Blutdruck erhöht. Nach Beseitigung der Stauung wird er wieder normal. Bleibt der Blutdruck bestehen, so liegt Arteriosklerose oder Schrumpfniere vor. Der Wasser- und Konzentrationsversuch bedeutet eine wertvolle Ergänzung zur Indigkarminprobe — letztere besonders in der quantitativen Bestimmung —, für die Indikationsstellung zur Prostatektomie. Konzentrationszahlen unter 1015, ebenso Differenzen zwischen Maximum und Minimum des spezif. Gewichts, die weniger als 10 betragen, sind Anzeichen von schwerer Störung. Reststickstoff über 100 mg beweist mit Sicherheit schwerste Nierenstörung. Die Funktionszahlen nach Becher sind als Gradmesser der Funktion gut verwertbar. Ist die Zahl unter 24, so weist sie auf schwerste Insuffizienz der Nieren mit N-Retention im Blute hin. F. Harry-Wiesbaden.

Cylotropin-Schering in der Allgemeinpraxis, von K. Lehnhardt-Frankfurt a. M. (M. Kl., 1925, Nr. 15, S. 553—554.) Gute Erfolge bei Pyelitis, Zystitis mit durchschnittlich fünf intravenösen Einspritzungen von je 5 ccm. E. Levin-Berlin.

e. Weibliches Genitale.

Klinische und experimentelle Untersuchungen über das Wachstum der Genitalorgane, von H. Guggisberg-Bern. (Schweiz. m. W., 1925, Nr. 6, S. 114—121.) Nach einem Überblick über Begriff und Zustandekommen physiologischen und pathologischen Wachstums werden Wachstumsstörungen der Genitalorgane, vorwiegend der weiblichen, behandelt. Am interessantesten sind die Wachstumsverhältnisse des Uterus, der während seiner Lebensdauer ein sehr wechselvolles Schicksal hat. Sein Wachstum ist in erster Linie vom Eierstock abhängig; Entwicklungsstörungen dieses führen sekundär zu zahlreichen Wachstumsstörungen des Uterus, wie Hypoplasie, seine Entfernung bedingt Verminderung der normalen Größe und auch des geschwulstmäßigen Wachstums des Uterus (Myome). Die Wachstumshormone stammen wahrscheinlich aus dem Follikelapparat des Ovariums. Die Genese der Schwangerschaftsveränderungen ist noch wenig erforscht, man ist geneigt, die Plazenta als wachstumsanregendes Organ zu betrachten und hat das das eigentliche wirksame Wachstumsprinzip enthaltende Plazentarextrakt isoliert. Versuche mit Einspritzungen derartiger Extrakte ergaben bei sechs Wochen alten weiblichen Kaninchen sowie bei Ratten und Hunden, wenn auch nicht regelmäßig, bedeutende Wachstumszunahme an den Geschlechtsorganen, die wesentlich stärker sind, als die bei geschlechtsreifen Tieren zu beobachtenden Veränderungen. Ihre Wirksamkeit entfalten diese plazentaren Stoffe direkt oder über den Umweg über das Ovarium, jedoch fällt die direkte Wirkung fort, wenn der ovariale Wachstumstrieb eine gewisse Weile gefehlt hat. Therapeutische Versuche an an Fötalismus und Infantilismus leidenden Frauen waren von sehr geringem Erfolge, wahrscheinlich weil die Behandlung zu spät einsetzte zu einer Zeit, in der der innere Wachstumstrieb des Genitalsystems zum großen Teil erloschen war. Abgesehen von den bisher besprochenen endogenen Faktoren spielen auch exogene eine Rolle; so zeigte sich Wachstumsverminderung bei Fütterung mit vitaminfreier Nahrung. Auch für die Erhaltung der normalen Genitalfunktion spielen die Vitamine eine wesentliche Rolle. E. Levin-Berlin.

Die Behandlung der Kolibakteriurie bei jungen Mädchen, von F. Voelcker, Chir. Univ.-Kl. Halle. (D. m. W., 1925, Nr. 8, S. 313.) Verf. hat des öfteren beobachtet, daß kleine Mädchen mit Kolibakteriurie Ausfluß aus der Scheide hatten. Dieses Sekret enthielt massenhaft Kolibakterien, reagierte alkalisch und hatte öfters urinösen Geruch. Die Annahme ist daher wahrscheinlich, daß beim Urinieren ein Teil des Urins in die Scheide fließt, sich alkalisch zersetzt und zur Brutstätte für

Digitized by Google

Kolibakterien wird. Von der Scheide wandern dann die Bakterien in den Urin und unterhalten die Infektion. Zur Beseitigung der Kolibrutstätte in der Vagina empfiehlt Verf. täglich 1mal Spülungen mit 5—10 ccm einer frisch bereiteten 1%igen essigsauren Tonerdelösung mittels Nelaton-Katheter. Der Erfolg dieser Spülungen war in einzelnen Fällen verblüffend. Der Urin wurde schon nach einigen Tagen klar. Prophylaktisch sollen die äußeren Geschlechtsteile noch einige Zeit weiter mit Tonerdelösung berieselt werden. F. Harry-Wiesbaden.

A Fatal Injury of the Vagina (Eine tödliche Verletzung der Vagina), von R. Blair. (Brit. m. J., 1925, Nr. 3357, S. 838.) Eine 55jähr. Frau, seit 4 Monaten zum zweiten Male verheiratet, kam zur Aufnahme wegen Ikterus, Fieber, Störung des Allgemeinbefindens und Blutung aus der Vagina, nachdem sie bei der Kohabitation 8 Tage zuvor Schmerzen gehabt hatte. Die Untersuchung zeigte einen 3 Zoll langen, mit Koagulum verschlossenen Einriß in der Vagina. Unter zunehmenden septischen Erscheinungen ging Pat. nach 12tägiger Behandlung zugrunde. Die Sektion bestätigte die Diagnose. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Schwere Scheidenverätzung durch Chlorzink, von H. Naujoks-Königsberg. (Arch. f. Gynäkol., 1925, Bd. 123, H. 2/3, S. 765.) Verf. beobachtete bei einem jungen Mädchen, das wegen einer chronischen Blennorrhoe, nachdem sie sich Protargoleinspritzungen in die Harnröhre gemacht hatte, jetzt aber irrtümlicherweise, anstatt Ausspülungen mit der verdünnten 50%igen Chlorzinklösung zu machen, dieselbe ebenfalls mittels der Tripperspritze in die Harnröhre injizierte, eine völlige Abstoßung der Scheide, während in die Urethra und die Blase kein Tropfen der Lösung gekommen war. Pat. wurde bis auf eine sehr hochgradige Stenose der Scheide geheilt. — Andererseits aber lehrt der Fall und ist deshalb sehr interessant, daß es der Pat. nicht gelungen war, die Einspritzungen in die Harnröhre richtig auszuführen, da die ganze Einspritzung in die Scheide ging. Eine Zystoskopie und Urethroskopie zeigten, daß die Harnröhre und Blase völlig intakt waren. So ist, da Pat. dieselbe Technik anwandte wie bei den Protargolinjektionen, auch anzunehmen, daß auch damals die Injektion nicht in die Harnröhre, sondern in die Scheide gemacht wurde. A. Rosenburg-Mannheim.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Ernannt: Prof. Linser in Tübingen, bisher persönlicher Ordinarius, zum planmäßigen ordentlichen Professor;

Dr. Edwin Ramel, Assistent der dermatologischen Klinik in Zürich, zum a. o. Professor der Dermatologie in Lausanne;

Dr. Mourreyre zum Professor der Dermatologie an der Ecole de médecine in Clermont.

Gestorben: Der Neurologe Prof. Richard Cassirer in Berlin, Verfasser des Werkes über die vasomotorisch-trophischen Neurosen;

Dr. T. Rojansky, leitender Arzt der dermatologischen Abteilung im Krankenhause zu Nijegorod;

Dr. John Henry Allen, vormals Professor der Dermatologie am Hering Medical College in Chicago;

Dr. Thomas Joseph Vallière Dagnault, Arzt für Urologie in Chicago;

Dr. Le Clerc-Dandoy, Professor der Urologie in Brüssel und Präsident der belgischen Urologischen Gesellschaft. R.

Berichtigung: Dr. C. F. Hahn teilt nachträglich mit, daß seine in Nr. 33 erschienene Arbeit über Lupus acneiformis im Sommer 1923 abgeschlossen und zum größten Teil unter Leitung von Prof. Rost in der Freiburger Hautklinik entstanden ist.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 43 (Bd. 81) 24. Oktober 1925

Aus der Dermatologischen Universitätsklinik in Graz
(Vorstand: Prof. Dr. Rudolf Matzenauer).

Über histopathologische Veränderungen am Zentralnervensystem bei Pemphigus.

Von

Dr. Karl Schreiner, Assistent.

Mit 2 Abbildungen im Text.

Über die Ätiologie des Pemphigus sind bekanntlich zwei Theorien vorherrschend: die neuropathische und die infektiöse oder toxische. Die infektiöse oder toxische Theorie läßt die Möglichkeit für drei Erklärungen zu: 1. daß der Pemphigus als Infektionskrankheit aufzufassen ist; 2. daß er durch bakteritische Toxine hervorgerufen wird, und 3. daß er als Autointoxikation im weiteren Sinne zu erklären wäre. Sormani versucht nicht ohne Glück, beide Theorien zu einer einzigen zu vereinigen. Danach wäre jeder Pemphigus als eine Infektionskrankheit aufzufassen, bei welcher es durch Resorption von Bakterientoxinen (oder dieser selbst) in die Blutbahn zu funktionellen oder auch anatomischen Schädigungen des zentralen oder peripheren Nervensystems kommt. Die hierdurch hervorgerufenen Innervationsstörungen der Hautgefäße führen zum Entstehen von Erythemen bzw. weiter zur Blasenbildung. Ähnlich wären die Theorien von Tommasoli und Eppinger aufzufassen, wenngleich beide die Toxinwirkung vor allem durch Autointoxikation hervorgerufen glauben. Freilich haben sich weder diese noch viele andere Theorien Allgemeingeltung verschaffen können; es zeigt sich eben, daß Voraussetzungen, die für manche Fälle zutreffen, für viele andere nicht in Betracht kommen. In der neueren Zeit haben sich mehrere Autoren, so auch wir, mit den Stoffwechselstörungen und den Blutveränderungen beim Pemphigus befaßt. Aus diesen scheint bisher hervorzugehen, daß bei einem Großteile der Pemphiguskranken eine Kochsalzretention zu verzeichnen ist (Stümpke, Pokorny und Kartamischev, Baumm). Dies sind allerdings auch die einzigen Befunde, welche mit einer gewissen Regelmäßigkeit bei vielen Pemphiguskranken erhoben werden konnten. Suchen wir jedoch nach neueren pathologischen oder histopathologischen Untersuchungen an den Organen, vor allem des Zentralnervensystems, von Pemphigusleichen, so finden wir, daß seit den Ergebnissen der Eppingerschen Untersuchungen wenig, oder besser gesagt, nichts Neues hinzugekommen ist. Eppinger fand an 3 von 6 untersuchten Pemphigusfällen Veränderungen im Rückenmark. Er betont jedoch ausdrücklich, daß diese Veränderungen solche

Digitized by Google

sind, die mit der Ätiologie des Pemphigus nicht in Zusammenhang gebracht werden könnten. Ferner findet KRAUS (Arch. of Derm., zit. nach Derm. W., 1925, H. 8) bei 2 Fällen am Rückenmark samt seinen Hüllen und Gefäßen nicht die geringsten krankhaften Veränderungen, HUBER (Sitzungsbericht der ungarischen Gesellschaft der Ärzte, Budapest 23. IV. 1900) weder im Gehirn noch im Rücken- und Knochenmark pathologische Befunde. BARGUM sah wohl degenerative Veränderungen an einzelnen peripheren Nerven, dagegen niemals am Rückenmark. Andererseits berichtet SCHULZ (Cleveland m. J., zit. nach Arch. f. Derm., Bd. 93, S. 417) makroskopisch am Gehirn ausgedehnte Hämorrhagien unter der Pia und zwischen den Windungen des Kleinhirnes sowie kapilläre Blutungen in der Gehirnsubstanz selbst gefunden zu haben, und weiter zeigten bei mikroskopischer Untersuchung die Blutgefäße der Pia des Kleinhirnes hyaline Degeneration ihrer Wände. Einige derselben waren von einer schmalen Zone nukleärer Degenerationen umgeben.

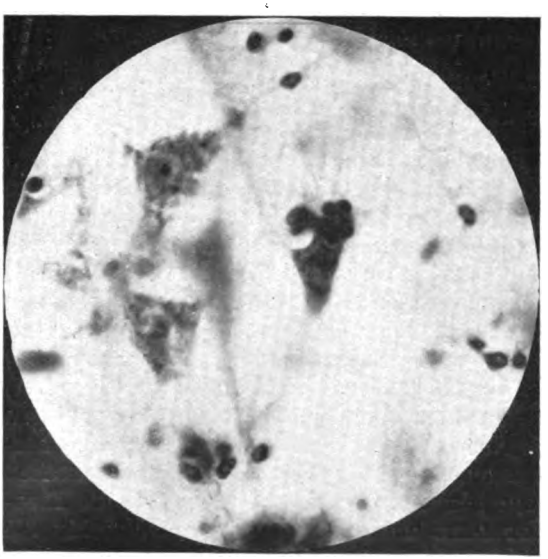


Abb. 1.

Angeregt nun durch die Arbeiten DE CRINIS — dem ich an dieser Stelle für sein weitgehendes Entgegenkommen danken möchte —, in denen bei Krankheiten, welche durch schwere Stoffwechselstörungen bedingt sind, wie Diabetes, Eklampsie, Epilepsie, bei experimentellen Säurevergiftungen sowie bei Verbrennungen schwere Veränderungen im histologischen Bilde des plasmatischen und Faseranteile der Glia nachgewiesen wurden, lag der Gedanke nahe, auch beim Pemphigus nach Veränderungen gleicher Art zu suchen. DE CRINIS sucht nach einer gemeinsamen Ursache dieser histopathologischen Veränderungen bei allen den genannten Krankheiten, deren Stoffwechsel grundsätzlich voneinander abweicht. Er findet sie in der Veränderung des Säure-Blasengleichgewichtes und bezeichnet die Nervenschädigungen als Wirkungen des azitotischen Blutes. Die dadurch zu erwartenden Gewebsschädigungen findet er auf Grund aller seiner Untersuchungen (histologischen und Stoffwechsel-) in der Lipoidfärbbarkeit der Nervensubstanz und in den morphologischen Veränderungen der Glia und der Ganglienzellen ausgedrückt. Er spricht zum Schlusse die Vermutung aus, daß noch andere endogene und exogene Vergiftungen auf dem Wege des davon beeinflußten humoralen Geschehens ähnliche histopathologische Veränderungen im Zentralnervensystem hervorrufen dürften.

Digitized by Google

Da es mir leider hier nicht möglich ist, auf die genauere Wiedergabe seiner Arbeiten, welche dieses Thema behandeln, einzugehen, verweise ich auf seine in der Mschr. f. Psychiatrie u. Neurol., 1925, Bd. 58, erschienene letzte Arbeit: „Über die Beeinflussung des histologischen Bildes des Zentralnervensystems durch humorale Veränderungen". Beim Pemphigus fehlen uns allerdings bisher, wie wir bereits erwähnt haben, mit Ausnahme der obengenannten Teilversuche, erschöpfende Stoffwechselversuche. Aus diesem Grunde haben wir vorläufig auch keinen Anhaltspunkt dafür, daß beim Pemphigus ähnliche Verschiebungen beim Stoffwechsel als Ursache etwaiger histopathologischer Veränderungen anzunehmen wären. Da jedoch, wie wir in den einleitenden Worten ausgeführt haben, der Großteil jener Autoren, welche sich mit der Ätiologie des Pemphigus befaßt haben, den Gedanken einer Toxikose als auslösendem Moment zuneigt und die gefundenen peripheren Nervenveränderungen als daraus resultierende sekundäre Erscheinungen zu erklären wären, hielt ich es nicht für aussichtslos, beim Pemphigus nach gleichen Veränderungen im Zentralnervensystem zu suchen. Ich hatte Gelegenheit, das Gehirn einer Pemphigusleiche zu untersuchen, und will im folgenden die Mikrophotogramme der histologischen Präparate wiedergeben.

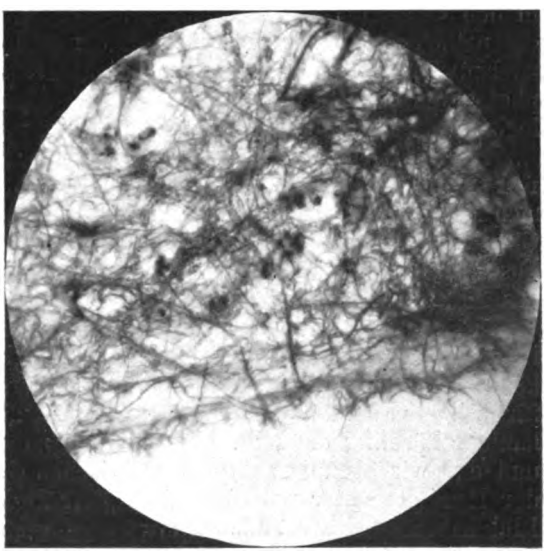


Abb. 2.

Der Fall betraf eine 52jähr. Frau, die am 21. I. 1925 auf unsere Klinik eingebracht wurde. Seit November vorigen Jahres bemerkte die Pat. ein schubweises Auftreten von verschieden großen Blasen namentlich an den Unterarmen und Sprunggelenken, das mit Fieber und Abgeschlagenheit verbunden war. Diese Blasenschübe wiederholten sich, ohne daß es zu einer allgemeinen Abheilung der alten Blasen gekommen wäre. In der letzten Zeit stellten sich auch an der Mund- und Rachenschleimhaut Blasenbildungen ein, weshalb die Pat., da die Nahrungsaufnahme erschwert war, die Klinik aufsuchte. Der Aufnahmebefund ergibt, kurz gesagt, die typischen Symptome des Pemphigus vulgaris. Der Kräftezustand der Pat. ist gut, Temperatur subfebril. Die Therapie (zunächst Neosalvarsan im ganzen 4 g und Traubenzucker, später Kampfer und Eigenblutinjektionen sowie Infusionen mit Ringerlösung täglich 2—400 ccm) scheint wohl zeitweise einen Stillstand in den Blasenschüben und leichte Erholung der Pat. zu bringen; eine Heilung wird jedoch durch alle diese Medikationen ebensowenig erreicht wie durch die in zwei unserer Pemphigusfälle erfolgreich gewesenen Höhensonnenbehandlung. In der zweiten Hälfte April setzt ein rapider Kräfteverfall ein, der am 30. IV. zum Tode führt.

Die Obduktion im Pathologisch-anatomischen Institut in Graz ergab folgenden Befund: Tbc. apic. pulm. sin., Oedema pulm. utr., Struma nodosa, Endometritis, Leberverfettung. Die Nieren ohne Befund. In der linken Nebenniere, die leicht vergrößert erscheint, ein etwa kirschkerngroßes bräunliches Adenom. Am Gehirn waren makro-

Digitized by Google

skopisch keine Veränderungen festzustellen. Die histologische Untersuchung ergab jedoch, wie wir sehen werden, bemerkenswerte Befunde.

Am ersten Bilde (ein NISSL-Präparat aus dem Ammonshorn) sehen wir zunächst eine Vermehrung der Gliazellen sowie regressive Kernveränderungen. Die Ganglienzellen erscheinen von Gliazellen belegt und belagert; an ihnen selbst sind die Zeichen des Zerfalles deutlich zu erkennen.

Am zweiten Bilde (die Färbung ist nach einer von KREUTZFELD ausgearbeiteten Modifikation der RANKEschen durchgeführt) — ebenfalls vom Ammonshorn — sehen wir eine starke Vermehrung der Faserglia an der Oberfläche, eine umschriebene herdförmige Verdichtung und Verfilzung der Fasern sowie eine Vermehrung der Gliafasern an den Gefäßen. Ebenso gelang es, Lipoidtröpfchen in den Ganglienzellen als auch in den Gliazellen des Ammonshornes (einer Gehirnpartie, wo DE CRINIS die pathologisch-anatomischen Veränderungen am ausgesprochensten fand) nachzuweisen. Leider ist es uns nicht gelungen, ein brauchbares Mikrophotogramm dieses Bildes herzustellen. Ähnliche Bilder zeigen die histologischen Präparate von allen Oberflächenpartien der Hirnrinde.

Vergleichen wir nun diese histologischen Befunde mit denen, die DE CRINIS bei den obenerwähnten Krankheiten festgelegt hat, so zeigt sich eine gewisse Übereinstimmung. Hier wie dort ergibt sich an den Oberflächen des Gehirnes (bzw. des Ammonshornes) eine Vermehrung der Fasergliazellen und ihrer Produkte, der Fasern an der Oberfläche, weiter das Auftreten von lipoiden Tropfen in den Ganglien- und Gliazellen.

Es entsteht nun zunächst die Frage, wieso diese mächtigen Proliferationsvorgänge der Faserglia bisher der Beobachtung entgehen hätten können. Der Grund hierfür dürfte wohl derselbe sein, wie ihn DE CRINIS für seine Krankheitszustände angibt, daß die RANKE-Methode eine verläßliche Färbung darstellt, im Gegensatz zu den früheren Färbemethoden, und daß wir eben aus diesen färberischen Gründen über die Entwicklung der Randglia unter pathologischen Verhältnissen noch nicht das richtige Bild haben. Selbstverständlich wäre es verfrüht, aus diesem bisher einzigen Befunde bestimmte Schlüsse in bezug auf die inneren Vorgänge beim Pemphigus ziehen zu wollen.

Vor allem wird es zunächst nötig sein, festzustellen, ob diese Veränderungen an tödlich verlaufenden Pemphigusfällen eine regelmäßige Erscheinung sind, und wenn dies der Fall ist, ob wir beim Pemphigus Stoffwechselveränderungen im gleichen Sinne feststellen können, wie sie bei jenen Krankheiten feststehen, welche gleiche histopathologische Veränderungen am Zentralnervensystem bisher ergeben haben. Sollte dies möglich sein, dann würde sich allerdings aus diesen Befunden der Schluß ziehen lassen, daß wir es auch beim Pemphigus mit einer Toxikose zu tun haben. Durch diese Befunde würden demnach alle jene eingangs erwähnten Theorien, welche den Pemphigus mit einer Intoxikation erklären wollen, also auch die von SORMANI, wesentlich gestützt werden, im Gegensatz zur rein neuropathischen.

Digitized by Google

Aus der Universitäts-Hautklinik und -Poliklinik in München
(Direktor: Prof. L. R. v. Zumbusch).

Über die Frage des Vorkommens von Pigmentmälern, Lentigines und Epheliden bei Mischung verschiedener Rassetypen[1]).

Von

Von Priv.-Doz. Dr. Hermann Werner Siemens.

Von dem interessanten Gedanken Arnings ausgehend, daß das Auftreten von Pigmentmälern eine Eigentümlichkeit von Rassenmischung verschiedener Pigmentierung sein könnte[2]), zieht Heckscher aus seinen Befunden, nach denen 90% der untersuchten Individuen mit Pigmentanomalien behaftet, 10% frei waren, den Schluß, „daß eine Mischung zwischen einem blonden und einem brünetten Bevölkerungstypus die Disposition zu dem Auftreten von Pigmentanomalien schafft". Ein solcher Schluß wäre aber doch wohl nur zulässig, wenn die mit Pigmentanomalien behafteten Personen häufiger von verschieden-pigmentierten Eltern abstammten als die pigmentanomaliefreien. Nach dieser Richtung hin scheinen aber Befunde von Heckscher nicht erhoben worden zu sein, und es wäre deshalb dankenswert, wenn Heckscher kurz mitteilen würde, wie er auf Grund der angeführten Zahlen zu der Ableitung seines Schlusses kommt, da das aus seiner Arbeit nicht ersichtlich ist.

Eine solche Mitteilung hätte aber natürlich nur dann Zweck, wenn wir sicher wüßten, was mit Heckschers Angabe, nach der 10% der von ihm untersuchten Patienten keinerlei Pigmentanomalien aufgewiesen haben, überhaupt gemeint ist. Ich habe mich nämlich in jahrelanger ausgedehnter poliklinischer und klinischer Praxis davon überzeugen können, daß Erwachsene (und auch schon Kinder vom schulpflichtigen Alter ab), ohne Lentigines überhaupt nicht vorkommen (bzw. eben wirkliche Raritäten sind). Ich kann mir keinen Grund denken, warum das in Hamburg so wesentlich anders sein sollte als in München,

---

[1]) Bemerkung zu der Arbeit von Heckscher in Derm. W., Bd. 80, S. 316. — [2]) Der gleiche Gedanke wurde früher von Pick zur ätiologischen Erklärung des Xeroderma pigmentosum ausgesprochen. Doch fehlen Befunde, die zur Stütze dieser Hypothese ausreichen würden, bisher vollständig (vgl. Siemens und Kohn). — Die Beobachtung Arnings, daß auf den hawaischen Inseln Sommersprossen und Lentigines bei Polynesier-Angelsachsen- und Polynesier-Skandinavier-Mischlingen anscheinend häufiger auftreten als bei Polynesier-Chinesen- bzw. Polynesier-Japanesen-Mischlingen, würde sich am zwanglosesten, wenigstens für die Sommersprossen, einfach durch Vererbung (von den sommersprossenreichen Engländern und Skandinaviern her!) erklären und nicht durch Neuentstehung infolge Rassenkreuzung. Über Neuentstehung von Merkmalen durch Kreuzung wissen wir überhaupt aus der experimentellen Vererbungsbiologie so wenig Sicheres, daß es mir etwas gewagt erscheint, derartiges zur Erklärung menschlicher Anomalien heranzuziehen.

Digitized by Google

höchstens daß man bei blonden Individuen, die ja in Hamburg etwas zahlreicher sind, Lentigines leichter übersehen könnte, weil sie bei ihnen im Durchschnitt möglicherweise etwas heller pigmentiert sind. Die relative Pigmentarmut der Lentigines bei pigmentarmen Individuen ist mir jedenfalls bei Albinos regelmäßig aufgefallen. Der Befund erscheint deshalb interessant, weil er beweist, daß die Lentigines nicht nur, wie ich es früher nachgewiesen habe, bezüglich ihrer Zahl, sondern auch bezüglich ihrer speziellen Form (Pigmentgehalt!) in gewissem Grade von den Erbanlagen abhängen können.

Es erscheint mir deshalb denkbar, daß die erwähnten 10% nicht pigmentanomaliefreie, sondern einfach Personen darstellen, bei denen die Pigmentanomalien so wenig zahlreich oder so blaß sind, daß sie von Heckscher übersehen bzw., was ich eher glaube, absichtlich nicht mehr mitgerechnet wurden. Ich selbst würde an dem gleichen Material, nach meinen Münchener Erfahrungen zu schließen, sicherlich zu 0%, und ein anderer Untersucher, der noch strengere Anforderungen an die Diagnose „Pigmentanomalie" stellt als Heckscher, würde vielleicht zu 20% gekommen sein. Ich glaube deshalb, daß sich die Zahl 10% für „pigmentanomaliefreie" Individuen allein durch die Begrenzung der Diagnose erklärt, und daß folglich diese Zahl, ebenso wie eventuell abweichende Zahlen anderer Autoren, in erster Linie durch die Psychologie des Untersuchers und nicht durch den Befund selbst zustande kommt. Ich halte es deshalb nicht für zulässig, aus dieser Zahl so weitreichende Schlußfolgerungen zu ziehen. Methodologisch erscheint es mir überhaupt als eine Unmöglichkeit, bei einem Merkmal, das jeder Mensch (nur in verschiedener Ausprägung!) hat, die alternative Einteilung in „behaftete" und „nichtbehaftete" Individuen vorzunehmen. Hier, wo es sich doch nur um graduelle Unterschiede handelt, wird man nicht darum herumkommen, den Versuch einer quantitativen Bestimmung zu machen, falls man objektiv verwertbare Befunde bringen will. Bei den Lentigines ist das verhältnismäßig einfach durch ihre Auszählung, bei den Epheliden durch Einteilung in Grade zu erreichen, wie ich das bei meinen Zwillingsuntersuchungen bzw. bei meinen Ephelidenstudien versucht habe. Daß auch hierbei dem subjektiven Ermessen ein ziemlich breiter Spielraum bleibt, versteht sich von selbst; wirkliche Exaktheit ist bei biologischen Befunden ein unerreichbares Ideal. Durch Methoden der angegebenen Art nähern wir uns aber der Exaktheit doch wenigstens so weit, daß wir Unterlagen erhalten, deren subjektive Fehlerquelle sich einigermaßen bestimmen läßt, wie ich das in meiner Ephelidenarbeit gezeigt habe. Wir erhalten also Unterlagen, die in Grenzen, welche sich beurteilen lassen, objektiv sind. Nur auf diesem Wege können bei einem so schwer faßbaren Merkmal mehr oder weniger verwertbare Befunde erreicht werden. Die alternative Einteilung in behaftet und unbehaftet könnte dagegen hier nur dann einen Wert beanspruchen, wenn der Grad der Behaftung, der sprachlich mißverständlich als „frei" bezeichnet wird, genauer beschrieben und abgegrenzt wäre. Das hat aber Heckscher nicht getan. Sein Satz, daß in Hamburg 10% „pigmentanomaliefreie Individuen" existieren, erscheint mir deshalb in dieser Form vorläufig überhaupt inhaltslos.

Digitized by Google

Literatur.

Heckscher, Ein anthropologischer Beitrag zur Nävusfrage, besonders zur Frage des Vorkommens von Pigmentmälern, Lentigines und Epheliden bei Mischung verschiedener Rassentypen. Derm. W., 1925, Bd. 80, S. 613. — Siemens, Über die Bedeutung der Erbanlagen für die Entstehung der Muttermäler. Arch. f. Derm., 1924, Bd. 147, S. 1. — Siemens, Zur Kenntnis der Epheliden, mit Bemerkungen über Haarbleichung und Haarfarbenbestimmung. Arch. f. Derm., 1924, Bd. 147, S. 210. — Siemens und Kohn, Studien über Vererbung von Hautkrankheiten. IX. Xeroderma pigmentosum (mit Mitteilung von fünf neuen Fällen). Zschr. f. ind. Abst.- u. Vererbungslehre, 1925, Bd. 38, S. 1.

Zur Hypertrichosisbehandlung.

Von

San.-Rat Dr. Edmund Saalfeld in Berlin.

Nachdem ich vor längerer Zeit einige Vorversuche angestellt und im letzten Sommer mit Kollegen Katz, Nürnberg, persönlich Rücksprache genommen, entschloß ich mich, die Depilation des Frauenbartes mit Diathermie auszuführen. Ich benutze einen kleinen Diathermieapparat „Uviotherm“ [1]). Die Vorbereitungen für den kleinen Eingriff, die Lagerung der Patientin, Beleuchtung, Nadel, sind dieselben, wie ich sie für die Haarelektrolyse angewandt habe [2]). Im Gegensatz zu Katz [3]) arbeite ich mit einem Nadelhalter ohne Unterbrecher, der völlig isoliert ist [1]). Einen Gummihandschuh für die Hand, die den Nadelhalter führt, zu benutzen, wie es Katz empfiehlt, ist daher bei Anwendung des von mir angegebenen Nadelhalters nicht erforderlich. Im übrigen kann auch einer der üblichen Nadelhalter, wie sie für die Elektrolyse gebraucht werden, mit oder ohne Unterbrecher, in Anwendung gezogen werden, ohne daß ich einen Gummihandschuh für notwendig halte. Während der ganzen Behandlung bleibt der Strom eingeschaltet. Im allgemeinen genügt eine Stromstärke, die durch Einstellung auf Knopf 2 des von mir benutzten Apparates erzeugt wird. Leider ist es nicht möglich, mit den üblichen Meßinstrumenten die Stromstärke, die zur Zerstörung der Haarpapille erforderlich ist, exakt zu dosieren, da die Stromstärke zu gering ist. Nach Einführung der Nadel in den Follikel wird der Strom geschlossen — entweder nach Katz durch Ausschalten des Unterbrechers am Nadelhalter — oder dadurch, daß die Patientin eine kreisförmige Metallelektrode von 5 cm Durchmesser auf die nicht behandelte Gesichtshälfte, auf den Hals oder auf die obere Brustpartie aufsetzt. Nach 2—3 Sekunden hebt die Patientin die Elektrode ab, so daß der Strom ausgeschaltet ist. Das Haar kann jetzt mit der Zilienpinzette herausgezogen werden. Will man beim Ein- und Ausschalten des Stromes von der Patientin unabhängig sein, so kann man einen Fußunterbrecher oder den Nadelhalter mit Unterbrecher benutzen.

Die Diathermiebehandlung der Hypertrichosis hat der Elektrolyse gegenüber den großen Vorteil, daß sie unendlich schneller arbeitet als letztere.

[1]) Hergestellt von der Firma Agema, Berlin N 24. — [2]) E. Saalfeld, Kosmetik, 6. Aufl., S. 51 f. — [3]) Zur Beseitigung unerwünschten Haarwuchses. Von Dr. Th. Katz in Nürnberg. Derm. W., Bd. 79, Nr. 46.

Digitized by Google

Bei der Elektrolyse kommen auf jedes einzelne Haar 50—60 Sekunden, bei der Diathermie 2—3 Sekunden. Die Schmerzhaftigkeit ist geringer, schon aus dem Grunde, weil die Patientinnen bei der Kürze der Zeit des einzelnen Eingriffs gar nicht recht zur Perzeption eines Schmerzes kommen. Und so ist es leicht erklärlich, daß Damen, die beide Methoden kennen, der Diathermie gegenüber der Elektrolyse den Vorzug geben.

Aus der serologischen Abteilung der St. K. A. und psychiatrischen Universitätsklinik Friedrichsberg in Hamburg.

Entwicklung und Probleme der Liquorforschung bei Syphilis.

Von

Prof. Dr. V. Kafka.

Während jeder Kenner der Serologie der Syphilis und besonders der Liquordiagnostik zugeben muß, daß das Gebiet sich in fortschreitender Entwicklung befindet, hat die klinische Bewertung der Ergebnisse dieses Forschungszweiges sich einem gewissen Pessimismus zugeneigt; manche Arbeiten geben davon Zeugnis, und besonders charakteristisch dafür sind Vorträge von M. Nonne, die er auf der Naturforscherversammlung in Innsbruck im Jahre 1924 und im Hamburger Ärztlichen Verein im Juni 1925 gehalten hat. Um weiteren Kreisen kein falsches Bild von dem heutigen Stand der Liquorforschung bei Syphilis zu geben oder vielmehr um ein solches, falls vorhanden, zu korrigieren, möchte ich aus der Laboratoriumsarbeit heraus, die aber nie den Anschluß an die Klinik versäumt hat, unter Voranstellung der wichtigsten diesbezüglichen Behauptungen der Nonneschen Vorträge einiges zu diesem Kapitel sagen.

Nonne sagt, daß „auch ein normaler Liquor keinen Freibrief für eine spätere Erkrankung an einer Neurolues darstellt". Es sei hier nicht darauf eingegangen, daß dieser Satz durch die Angabe des Stadiums, in welchem die Untersuchung stattgefunden, und der klinischen Erscheinungen ergänzt werden müßte, und auch darauf nicht, daß der Satz etwas Neues nicht darstellt, da niemand gesagt hat, daß einer Neurolues stets ein pathologischer Liquor vorausgeht[1]), besprochen sei nur der Ausdruck „normaler Liquor". An ihm dürfte eigentlich nicht zu rütteln sein, er ist aber so häufig mißbraucht worden, daß darüber etwas gesagt werden muß. Er ist aber immer noch besser als besonders der in Statistiken gern angewandte Ausdruck „negativer" Liquor, der ganz unstatthaft ist, da z. B. ein normaler Zuckerwert im Liquor kein negativer ist. Aber man darf von einem normalen Liquor nur sprechen, wenn man tatsächlich Normalbefunde für alle in dem betreffenden Fall notwendigen Reaktionen gefunden hat. Denn ich habe immer wieder betont, daß jede Liquorreaktion isoliert in pathologischer Form vorkommen kann: z. B. eine isolierte Kolloidzacke, eine isolierte positive Hämolysinreaktion, ein isolierter pathologischer Zuckerwert. Heute genügen eben nicht mehr die „vier" oder — wenn man die Blut-WR abzieht — „drei Reaktionen". Dieser Terminus Nonnes hat für die Einbürgerung in die Praxis viel Gutes getan, aber er hat auch vermöge seiner Suggestivkraft Unheil angerichtet, indem heute noch Arbeiten allein auf den vier Reaktionen aufgebaut werden. Das ist aber gerade so, wie wenn ein Internist bei jeder Art der Erkrankung den Urin nur auf Eiweiß und Zucker untersuchen lassen und von allen anderen Bestimmungen prinzipiell absehen würde. Zur Feststellung des Normalseins quoad luem muß ein Liquor untersucht sein

---

[1]) Rein theoretisch müßte das natürlich der Fall sein, und zwar zur Zeit des Eindringens der Erreger in das Zentralnervensystem oder seine Häute; dieser Zeitpunkt wird sich aber natürlich sehr häufig oder meist unserer Autopsie entziehen, und die Lumbalpunktion wird dann die Liquorlatenz treffen.

Digitized by Google

auf Zellgehalt im Kubikmillimeter[1]) Phase I, WEICHBRODTsche Reaktion, WR mit Auswertung, aktiv und inaktiv, Kolloidreaktionen, Hämolysinreaktion und Zuckerspiegel. Früher wurde bei blutigem Liquor die WR nur in der inaktivierten Flüssigkeit untersucht; das darf nicht geschehen, da wir heute wissen, daß in vielen Fällen die WR des Liquors durch Inaktivieren abgeschwächt, ja ins Negative umgewandelt wird: eine bloß mit dem inaktiven Liquor enthaltene negative WR kann daher irreführend sein. Von den Kolloidreaktionen ist die Goldsolreaktion nach unseren sehr umfangreichen Erfahrungen für die Feststellung des Normalseins nicht verwendbar, da auch der normale Liquor Farbveränderungen hervorrufen kann, die sich von schwachen Syphiliskurven nicht scharf abgrenzen lassen. Aber auch die Mastixreaktion darf nicht in einer Modifikation angewendet werden, die mit einem konstanten Kochsalzmedium arbeitet. Jeder kolloidchemisch Erfahrene weiß, daß so Irrtümern Tür und Tor geöffnet sind, da dann normale Liquores Zacken, pathologische Abschwächungen der charakteristischen Kurven bieten können. Die Normomastixtechnik, die nach SAMSON auch vor allen anderen Modifikationen den Vorzug besitzt, daß der p_H in den einzelnen Gläschen möglichst gleich ist, gibt hier die besten Resultate. Verwendbar ist für diese Fragestellung auch die Paraffin- und die Berlinerblau-Reaktion. Ein blutiger Liquor bedarf in bezug auf die Kolloidreaktionen besonderer Beobachtung; denn es ist nicht mehr wahr, wie wir früher annahmen, daß die Blutbeimengung eine charakteristische, ganz rechts liegende Zacke ergibt, sondern, wie MATZDORFF in meinem Laboratorium nachgewiesen hat, kann jede pathologische Kurve durch Blutbeimengung vorgetäuscht werden. Die Beantwortung der Frage, ob ein Liquor als normal anzusehen ist, ist also gar nicht so einfach, bedarf genügender Erfahrungen in Technik und Kritik, muß sämtliche in Frage kommenden Methoden und beim Auftreten prinzipiell neuer auch diese heranziehen. Es ist leicht zu sehen, wie oft gegen die obigen Punkte gesündigt worden ist, und als langjähriger Laboratoriumsleiter weiß man davon ein Liedchen zu singen.

Für NONNE erhebt sich weiter die allgemeine Frage: „Ist Positivität des Liquors günstig, oder ist sie ein Signum mali ominis?" In dieser Form kann die Frage überhaupt nicht beantwortet werden, denn „Positivität" kann alles mögliche bedeuten, ferner muß natürlich ein negativer klinischer Befund vorausgesetzt werden, schließlich aber ist das Faktum, daß ein Liquor pathologisch ist, in dieser allgemeinen Form prognostisch unverwendbar. Soweit man die Frage heute beantworten kann, hat es NONNE selbst getan, wenn er sagt, daß er in der Anamnese von Tabes und Paralyse nie eine klinische Meningitis gesehen hat. Diese geht ja auch mit Liquorerscheinungen einher, die wir mit Sicherheit größtenteils als Abwehrerscheinungen auffassen können: hohe Zellzahlen mit neutrophilen Leukozyten, Fibringlobulinreaktion, Komplementgehalt usw. Im übrigen aber wissen wir heute noch wenig darüber, was von pathologischen Erscheinungen im Liquor als Abwehr, was als Krankheitssymptom aufzufassen ist, und man kann nur allgemein sagen, was ich schon vor Jahren hervorgehoben habe, daß gleichgültig, ob klinische Erscheinungen bestehen oder nicht, ein Überwiegen der entzündlichen über die biologischen prognostisch günstig, das umgekehrte Verhalten prognostisch ungünstig aufzufassen ist. Bei klinischen Erscheinungen können wir prognostisch noch ein klein wenig weiter gehen, worüber später zu sprechen sein wird.

NONNE sagt dann weiter: „Die Liquordiagnostik birgt auch heute noch die Gefahr in sich, daß der Kranke den Laboratoriumsfällen gleichgestellt wird." Er spricht davon, daß GRAVES seit langem vor dem „laboratory animal" warnt. Diese Sätze treffen für alle Gebiete der Medizin zu und sind lediglich Sache des behandelnden Arztes. Nicht die Liquordiagnostik birgt diese Gefahr in sich, sondern ihre Überschätzung durch den Praktiker. Ebensogut könnte man sagen, die Stoffwechselchemie berge eine solche Gefahr in sich. Aber ist denn tatsächlich eine Überschätzung der Liquordiagnostik vorhanden und wenn ja, welche Ursachen hat sie? Es sei gestattet, ein klein wenig die Geschichte der Liquordiagnostik zu berühren. Als die WR des Liquors durch WASSERMANN und PLAUT eingeführt war, als NONNE und seine Mitarbeiter die Phase I gefunden hatten, konstruierte NONNE den suggestiven Ausdruck der „vier Reaktionen" und baute auf ihnen ein diagnostisches Schema der syphilogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems auf. Die erste Veränderung dieses Schemas trat auf, als

[1]) Leider bestehen über die Grenzwerte zwischen normalen und pathologischen Flüssigkeiten in bezug auf den Zellgehalt noch Differenzen, es dürfte aber die Zahl von $^{15}/_{3} = 5$ Elementen im Kubikmillimeter den Grenzwert bedeuten.

Digitized by Google

Hauptmann seine Auswertungsmethode herausbrachte. Es ergab sich nun, daß die Lues-cerebri-Fälle und viele Fälle von Tabes keine negative WR im Liquor haben, sondern daß diese erst bei höheren Liquormengen positiv wird. Das diagnostische Schema war also noch nicht erschüttert. Im weiteren ergab sich, das gerade Abweichungen vom Nonneschen Schema fruchtbringend wirkten, aber die Diagnostik meist nicht wesentlich beeinflußten, da es sich um seltene Fälle handelte. So konnten Jakob und Kafka nachweisen, daß die Endarteriitis syphilitica der kleinen Hirnrindengefäße den paralytischen Liquorbefund zeigen kann, ferner fanden sich Fälle von Lues cerebri mit einer positiven WR bei 0,2 ccm Liquor. Hier brachte die Inaktivierungsmethode von Rizzo und Eicke Anhaltspunkte zur Klärung, und auch der von mir eingeführte Korrelationsbegriff des Liquorgesamtbildes konnte weiter diagnostisch verwendet werden. Selbst die neuen Erfahrungen, daß bei der Frühlues positive Liquorbefunde ohne klinisches Ergriffensein des Zentralnervensystems vorkommen, konnte die Prinzipien der früheren Schemata nicht erschüttern, da die Befunde dieser Stadien relativ selten, schwach häufig isoliert und meist vorübergehend waren. Ein kritischer Untersucher brauchte also durch die Liquordiagnostik keineswegs auf Irrwege geleitet werden. Dies ganz besonders als die fraktionierte Ammoniumsulfataussalzung, die Hämolysinreaktion und die Kolloidreaktionen Bresche in die „vier Reaktionen" legten und viel Material zur Differenzierung innerhalb der Gruppe der syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems und der Abgrenzung syphilitischer von nichtsyphilitischen Erkrankungen des Zentralvervensystems boten. Dazu kam in neuester Zeit die Reaktion von Weichbrodt und die Zuckerbestimmung. Ganz besonders die Kolloidreaktionen fanden eine eifrige Bearbeitung; auch hier lebte die Frage der Differentialdiagnose Paralyse — Lues cerebri wieder auf. Aber auch hier waren die Fälle, die „nicht stimmten", fruchtbringend für die Theorie. Denn Matzdorff hat nachgewiesen, daß Blutbeimengung im normalen und Paralytikerliquor jede Kurve hervorrufen kann; da es sich besonders im letzteren Fall bei gleichbleibendem Eiweißquotienten um eine allmähliche Vermehrung des Gesamteiweißes handelt, wurde uns klar, daß die Kurve nicht nur neben anderen Faktoren die Funktion des Eiweißquotienten, sondern auch des Gesamteiweißes ist, und an uns stellt sich die unabweisbare Forderung, in solchen Fällen zur Klärung der Diagnose und der fraglichen Kurve Eiweißquotient und Gesamteiweiß zu bestimmen[1]).

Wir sehen auch hier eine fortschreitende Entwicklung. Wenn der Kliniker dem nicht immer folgen kann, ist das verständlich, der Serologe aber muß dem Fortschritt der Wissenschaft Rechnung tragen. Er muß es ablehnen, für falsche Schlüsse aus Liquoruntersuchungen verantwortlich gemacht zu werden. Die Serologen haben stets der Klinik den Vorrang gegeben, denn sie kommen nur so mit ihrer Arbeit vorwärts. Die Überschätzung war auf Seiten einiger — freilich sehr weniger Kliniker — zu finden. Es hat sich aber gezeigt, daß gerade die genauesten Untersucher, wie es auch auf anderen Gebieten der Medizin ist, am häufigsten und erfolgreichsten die Liquorforschung heranzogen. Ich muß hier Nonne widersprechen, wenn er sagt, daß man „je reicher die Erfahrungen sind, um so seltener die Punktion für unbedingt nötig heranziehen wird". In Wirklichkeit ist aber die Überschätzung der Liquordiagnostik sehr selten. Wenn man Dreyfuss und Gennerich hier heranziehen wollte, so wäre das sehr verfehlt, denn beide gehören zu den genauesten Untersuchern. Daß sie trotzdem von der Liquordiagnostik und -prognostik viel halten, zeigt eben wieder, daß jene oben genannte von Nonne ausgesprochene Gefahr nicht besteht. Viel häufiger sind die Fälle, daß Neurologen und auch Dermatologen die Liquordiagnostik vollkommen verwerfen und unterschätzen. Beispiele genug wären dafür anzuführen, und ich kann keineswegs Nonnes Annahme beipflichten, daß zuviel punktiert werde. Das mag vielleicht in einzelnen Kliniken der Fall sein; in der Praxis hört man kaum mehr von Lumbalpunktion, und manche Dermatologen und Neurologen sind sogar von der Gefahrlosigkeit dieses Eingriffes heute noch nicht überzeugt!

Über die Frage der Verwendung der Liquorforschung als prognostisches und die Therapie kontrollierendes Mittel bei manifesten Erkrankungen des Zentralnervensystems denkt Nonne ebenfalls pessimistisch. Auch hier kommt man zu einer günstigeren Beurteilung, wenn man sich nicht nur die „Versager" vor Augen hält, sondern die positiven Ergebnisse. Für die Lues cerebri und Tabes gilt im allgemeinen der von mir stets hervorgehobene Grundsatz, daß die Prognose günstiger zu bewerten ist, wenn die entzündlichen Liquorerscheinungen die biologischen überragen. Im übrigen ist gerade

[1]) Darüber wird das Nähere demnächst berichtet werden.

Digitized by Google

bei der Tabes sowohl Liquordiagnostik wie Liquorprognostik am wenigsten erfolgreich, wohl deswegen, weil ein relativ kleines Gebiet des Zentralnervensystems erkrankt ist. Für die Gehirnsyphilis gilt der von mir oft hervorgehobene Satz, daß die therapeutischen Erfolge die besten sind, wenn klinische und Liquorbesserungen parallel gehen. Eine Besserung der Liquorerscheinungen oder ein Negativwerden dieser, ohne daß die klinischen Erscheinungen wesentlich verändert sind, kann zwar prognostisch günstig erscheinen, muß es aber nicht, denn es kann pathologische Veränderungen des Zentralnervensystems geben, die nicht unbedingt in heute bekannten Liquorsymptomen sich spiegeln. Das gilt überhaupt für jedes Stadium der Lues: theoretisch kann trotz Normalseins des Liquors nach den bisherigen Methoden irgend ein pathologischer Vorgang vorhanden sein, bekannt ist dies für die Frühsyphilis (Infektiosität bei Normalbefund des Liquors). Freilich sind solche Fälle sehr selten und werden praktisch kaum in die Wage fallen, da die Eiweiß- und Kolloidreaktionen äußerst empfindliche Indikatoren für pathologische Veränderungen des Zentralnervensystems und seiner Häute sind. Aber die oben gestreifte theoretische Möglichkeit wirkt wieder insofern fruchtbar, als sie uns anregt, auch in jenen seltenen Fällen nach neuen pathologischen Liquorveränderungen zu fahnden[1]). Eine viel diskutierte Frage ist nun die: wie ist es zu beurteilen, wenn die klinischen Veränderungen sich unter der Behandlung zurückbilden, der Liquor aber pathologisch bleibt? Soll hier die „Sanierung" auf jeden Fall durchgeführt werden? Hier muß ein theoretischer und ein praktischer Standpunkt unterschieden werden. Vom theoretischen aus muß gesagt werden, daß der krankhafte Liquor ein pathologisches Syndrom ist und daher nicht nur wie ein klinisches Symptom, sondern wie ein klinisches Syndrom zu bewerten ist. Ein solches muß aber durch die Therapie beseitigt werden. In der Praxis kann es aber Fälle geben, die trotz energischer Behandlung und trotz klinischer Symptomlosigkeit den pathologischen Liquor behalten. Der behandelnde Arzt muß sich stets bewußt sein, daß der betreffende Kranke Träger eines krankhaften Syndroms ist und darf ihn nicht aus den Augen verlieren. Hier wird die Behandlung des kranken Menschen und die Kunst des Arztes ihre Triumphe feiern müssen. Jeder einzelne Fall ist hier anders zu beurteilen. Durch genügende Abwechslung der Therapie usw. wird man versuchen, dem Patienten zu helfen und ihn weder somatisch noch psychisch zu schädigen. Daß übrigens der öfter punktierte oder bloß nach WASSERMANN untersuchte Patient nicht zum Neurastheniker wird, ist Sache der Psychotherapie des Arztes. Ein glänzendes Beispiel dafür bieten die endolumbal behandelten Patienten GENNERICHS, dessen therapeutische Methoden leider nicht die Anerkennung finden, die sie verdienen.

Auf dem Gebiete der Paralyse dachten wir früher, daß die Liquorbefunde auch bei Behandlung ungefähr die gleichen bleiben. Das war damals, als wir keine Methoden hatten, die wirksam waren. Jetzt, seitdem wir in der Malariabehandlung und der endolumbalen Therapie solche haben, sehen wir auch günstige Liquorveränderungen. Auch dies ist ein Argument dafür, daß die Liquorforschung nicht ohne Wert für die Therapie ist. Im einzelnen haben wir aber auch prognostische Aufklärung durch die Liquoruntersuchung erhalten. Die Hämolysinreaktion ist hier von O. FISCHER, POETZL, MÜNZER, MEMMESBERGER u. a. herangezogen worden. Ebenso auch die Kolloidreaktionen. Wenn NONNE bei der Malariatherapie hier weniger gesehen hat, kam es daher, weil er sich der GORDELschen Modifikation der Mastixreaktion bedient hat. Hier ist gerade der absteigende Schenkel, der die Konzentration $^1/_1$, $^3/_4$, $^1/_2$ betrifft, von Wichtigkeit. KALTENBACH hat gezeigt, daß gerade dieser absteigende Schenkel sich dreht und dann die ganze Zacke nach oben wandert. Ist die Malariatherapie wirksam gewesen, dann wird dieses Wandern bis zur Lueszacke oder ins Trübungsgebiet fortgesetzt; im anderen Fall dreht sich der absteigende Schenkel wieder zurück, und die Kurve wandert nach abwärts. Auch die Lage des Kurvenmaximums ist nach KALTENBACH von prognostischer Bedeutung. Auf andere Einzelheiten sei nicht eingegangen; bewiesen ist nur, daß auch bei der Malariatherapie der Paralyse und der endolumbalen Behandlung eine genaue Analyse der Liquorveränderungen zu prognostischen Folgerungen führen kann. Natürlich gibt es hier auch Versager: Normaler oder fast normaler Liquor ohne klinische Besserung. Diese Fälle dürfen uns nicht entmutigen, im Gegenteil: sie müssen uns zu weiterer Forschung anregen. Andererseits möchte ich aber doch klinische Besserung ohne Liquorbesserung bei der Paralyse ungünstig veranschlagen.

[1]) Ein Weg, den wir z. B. in unseren Ätherschüttelungsversuchen beschritten zu haben glauben.

Digitized by Google

Noch ein Wort über die isolierte positive WR des Blutes. Nonne warnt vor einer Salvarsanbehandlung dieses Phänomens. Hier kommt natürlich nur die Spätlatenz in Betracht, und die Diagnose der isolierten WR des Blutes darf nur nach allergenauester Körper- und Liquoruntersuchung geschehen. Dann macht sich wieder der oben erwähnte doppelte Standpunkt geltend: der Theoretiker muß an der Annahme: spezifische WR[1]) im Blute = aktive Lues = Vorhandensein von Spirochäten im Körper festhalten und wird darin durch die neuesten experimentellen Arbeiten von Hans Sachs nur bestärkt. Die Folgerung ist: ein Symptom der Syphilis besteht, es muß durch Behandlung getilgt werden. Der Praktiker fragt verzweifelt: wie und wie lange? Auch hier gilt das, was ich über den „isolierten" praktischen Liquorbefund gesagt habe. Der Patient darf als Träger eines aktiven Syphilissymptoms nicht aus dem Auge gelassen werden, auch wegen der Frage der Infektiosität[2]), und jede nicht schädigende Behandlung muß versucht sein. Wer gesehen hat, daß die isolierte WR auf lange Jahre einer Paralyse, Tabes, Aortitis usw. vorausging, der wird hier seine Einstellung mehr auf die Zukunft als auf die Gegenwart machen. Auch eine reflektorische Pupillenstarre braucht nicht unbedingt zu einer klinisch-manifesten Tabes oder Paralyse zu führen, aber sie ist ein schwerwiegendes Symptom und stellt an die (somato- und psycho-!) therapeutische Kunst des Arztes die höchsten Anforderungen. Jedenfalls kann die Benennung der isolierten positiven WR des Blutes als „Schönheitsfehler" von äußerst folgenschwerer Bedeutung sein!

Wünschenswert wäre es, daß diese Zeilen zur Klärung des Gebietes beitragen möchten. Diese ist unbedingt nötig, damit eine gesunde Fortentwicklung des Gebietes sicher rein technisch ermöglicht wird. Wir suchen heute nicht nur nach neuen Reaktionen, wir wenden unser erhöhtes Interesse nicht nur dem physikalischen Liquoraufbau zu, wir suchen zu Synthesen und zu allgemein pathognomischen Schlüssen aus der Liquorpathologie zu kommen. Leitend sind jetzt hier: Das Problem der Permeabilitätsverhältnisse[3]), die Frage, was endogen und exogen, was Abwehr und was Krankheitssymptom im Liquor ist, Dinge, die zur Zeit in eifriger praktischer Bearbeitung und theoretischer Diskussion und über deren Ergebnisse ich hoffe demnächst berichten zu können, da sie auch für die Praxis von großer Wichtigkeit zu sein scheinen.

Daher „Dem Neuen eine Gasse!" durch gerechte Kritik und Einschätzung des mehr oder weniger bewährten Alten!

Versammlungen.

Dermatologische Gesellschaft Hamburg-Altona.

Sitzung vom 14. Dezember 1924 gemeinsam mit der Nordwestdeutschen Dermatologenvereinigung im Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten.

Vorsitzende: Klingmüller, Arning, P. G. Unna. Schriftführer: Delbanco.

1. G. W. Unna: a) **Mycosis fungoides.** 34jähr. Frl., seit einem Jahre krank. Beginn mit runden und polyzyklischen, wenig erhabenen rosa Flecken an Schultern, Brust und Glutäen. Wenig Tendenz zu Geschwulstbildung. Einzelne nichterhabene Flecke auf der Brust zeigen Follikelschwellung. Blutbild, Drüsen o. B. Die Plaques heilen zum Teil auf Kromayer-Druckbestrahlung ab.

---

[1]) Die WR muß natürlich auch technisch einwandfrei ausgeführt sein. Das muß leider besonders betont werden, denn von manchen Seiten wiegt dieser Punkt sehr leicht, der erfahrene Untersucher aber weiß, daß die richtige Anstellung der WR auch heute noch zu den schwierigsten Arbeiten gehört. — [2]) Ich stehe auf dem Standpunkt, daß jeder Träger einer positiven WR zu irgend einer Zeit infektiös sein kann. Zwei Fälle seien hier zitiert: 1. Herr von 75 Jahren. In ganz jungen Jahren infiziert, kaum behandelt; selbst symptomfrei bis auf positive WR. Ehefrau vor $1^1/_2$ Jahren plötzlich im Alter von 57 Jahren Gehirnsyphilis. 2. Herr mit positiver WR, nur schwer nachweisbare Leukoplakienarben. Ehefrau erkrankt an syphilitischer Gonitis mit positiver WR. — [3]) Ein Beispiel: Die neueren Permeabilitätsprüfungen (Mestrezat, F. K. Walter u. a.) zeigen unter anderem, daß es Fälle gibt, bei denen dem gleichen Liquorbefund ganz verschiedene Permeabilitätsquotienten gegenüberstehen, was natürlich von großer praktischer Bedeutung ist.

Digitized by Google

b) **Bronzefärbung am Oberschenkel nach Röntgenbestrahlung eines Gesichtsekzems.** Frau, anamnestisch mit Ekzem und Urtikaria behaftet. Beginn dieser Affektion mit nässendem Ekzem an Hals und Stirn. Schneller Rückgang nach Röntgentherapie unter Bronzefärbung des Gesichts und des Halses nach 10 Tagen! Konjunktiven und Lippenränder bleiben weiß. Gleichzeitig symmetrisch an beiden Oberschenkeln handtellergroße kaffeebraune Flecke, rechts stärker als links. Fernwirkung? Addisonsymptome fehlen. Ausgeprägte vasomotorische Erregbarkeit. Reaktion auf ultraviolettes Licht normal.

2. Patzschke stellt aus der Universitäts-Hautklinik vor: a) 14jähr. Knaben mit **hämatogenem Lupus vulgaris.** Vor 10 Jahren Fußgelenktuberkulose; seit 14 Tagen über den Körper verstreut zahlreiche bis kirschkerngroße Lupusknötchen.

b) 40jähr. Pat. mit **Sklerodermie.** An den Unterschenkeln der Therapie trotzende Ulzera. Über den ganzen Körper zahllose bis pfenniggroße Narben, die seit dem 14. Lebensjahre bestehen.

3. Ritter: 2 Fälle von **Psoriasis** durch Triphal geheilt. Angeregt durch Erfolge, die Vortr. mit dem Goldpräparat Triphal bei Lupus erythematodes gehabt hat, und von der Erwägung ausgehend, daß die Psoriasis von manchen Verfassern als tuberkulidverdächtig angesprochen wird, hat Vortr. bisher 6 Fälle von Psoriasis mit Triphal behandelt, die alle gut beeinflußt sind.

4. Delbanco demonstriert: a) 59jähr. Frau mit **chronischer ulzerierter Röntgendermatitis** der Bauchhaut. 1915—17 Bestrahlungen wegen Uterusmyom. Spätschädigung. Auf entsprechende Anfrage wird in der Diskussion allseitig die radikale operative Therapie als die Methode der Wahl bezeichnet.

Muchow erinnert an seine Erfolge mit Pyotropin.

b) 32jähr. Frau mit **Fox-Fordycescher Krankheit.** (Erschienen W. m. W., 1925, Nr. 6.)

c) Diapositive von **Keratoma dissipat. palmare et plantare heredit.** von einem 40jähr. amerikanischen Heizer, der bis auf starkes Schwitzen an den befallenen Partien völlig gesund ist.

d) 21jähr. Mädchen, dessen linker Daumen von einem **pigmentösem,** schnell wachsendem **Riesennävus** eingenommen war, nach operativer Entfernung plastisch mit glänzendem kosmetischem Erfolg gedeckt ist (Dr. Schädel).

e) 29jähr. Mädchen mit handtellergroßem, **zentral abblassendem, peripher weiterschreitendem,** ganz flachem, sehr wenig schaffendem, keinerlei Beschwerden machendem **Erythem.** Pat. völlig gesund, war nie im Ausland. WR —. Virgo. Sitz: Innenseite des rechten Oberschenkels.

Juliusberg-Braunschweig denkt an Erysipeloid, das jetzt häufiger sei, auch an den Fußsohlen vorkomme. Ichthyolzinkpaste, eventuell Röntgen komme in Frage.

Antoni berichtete über Rotlaufinfektionen bei einem Tierarzt. Schweineserum löste hohes Fieber und schwere Allgemeinerscheinungen aus. Human-Serum brachte Heilung.

f) Mikroskopisches Präparat einer beginnenden **Pagetschen Krankheit** der Brustwarze bei 45jähr. Frau.

g) Mikroskopisches Präparat einer **Bowenschen Krankheit** (erschienen in der Derm. Zschr.) bei 51jähr. Frau.

h) Das makroskopische Präparat eines ihm von Nauwerck-Chemnitz gesandten Falles von **Priapismus** eines septisch eingegangenen Mannes.

5. Tachau-Braunschweig: a) **Kochsalzbreibehandlung des Lupus vulgaris.** T. hat gemeinsam mit Sternthal die von Martinstein empfohlene Kochsalzbreibehandlung in 17 Fällen durchgeführt. Fast immer wurde schon mit einem einzigen 7tägigen Turnus glatte Narbenbildung erreicht. In dem teilweise recht ausgedehnten Gebiete des früheren Lupusherdes waren zunächst überhaupt keine Lupusknötchen mehr zu finden. Das kosmetische Resultat ist ausgezeichnet. Wegen eventueller Rezidive ist der Nachbehandlung besondere Sorgfalt zu widmen. Die Methode ist den bisherigen Behandlungsarten mindestens ebenbürtig. Sie ist trotz ihrer großen außerordentlichen Schmerzhaftigkeit und trotz gelegentlicher Mißerfolge ohne Zweifel als wertvolle Bereicherung der Lupustherapie zu bezeichnen.

b) **Behandlung der Psoriasis mit Natrium salicylicum** gemeinsam mit Sternthal. (Erschienen in der Derm. W., 1925, Bd. 80, Nr. 11.) Antoni lehnt die Salizylbehandlung als wertlos ab.

6. E. Richter-Hamburg: **Über eine kolloide Eisen-Aluminiumlösung und neuere Wege in der Syphilistherapie.** (Erschienen Derm. W., 1925, Nr. 13.)

Martini-Hamburg: **Die Stiche der Gliederfüßler und ihre Wirkung auf die Haut.** (Erscheint ausführlich.)

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 149, H. 1.

Über Sprossungsvorgänge an den Spirochäten des Primäraffekts, von Meirowsky-Köln, S. 1—3. Spirochäten bilden endständige oder gestielte Knospen, die aus einer protoplasmatischen Grundsubstanz mit einem einzelnen oder mehreren dunkelgefärbten Knötchen bestehen. Die Knospen können sich auch vollkommen ablösen. Aus ihnen können sich neue Spirochäten entwickeln. Dieses Auskeimen ist zu beobachten, wenn die Knospe noch der Spirochäte anhaftet, oder auch wenn sie bereits von ihr losgelöst ist. Die Knospe stellt wahrscheinlich den filtrierbaren Anteil der Spirochäte dar.

Ein Beitrag zur Aphthosis, von Hans Pils, Hautabt., Stadtkrh. Wien. S. 4—8. Bei einer 47jähr. Arbeiterin fand sich ein Krankheitsbild, das mit der Bildung kreisrunder, stellenweise zu polyzyklischen Formen konfluierten Ulzerationen am Genitale und hohem Fieber begann. Befallen waren Introitus der Vagina: Geschwüre linsen- bis hellergroß, 3 mm tief und scharfrandig. Daneben in der Umgebung zahlreiche Pustelchen sowie schmerzhafte Drüsenschwellung. Etwas später die gleiche Affektion an der Mundschleimhaut. Schließlich trat eine hämatogene Aussaat von Hautknoten mit Blutungen an den Extremitäten auf. Das Bild derselben war dem Erythema nodosum gleichzusetzen, von welchem es jedoch abzugrenzen ist, vorausgesetzt, daß man das Erythema nodosum nicht als einen Symptomenkomplex auffaßt. Die Aphthosis entspricht einer Infektion, die zumeist die Mundhöhle, seltener das Genitale und ausnahmsweise auch die Haut befallen kann.

Über eine seltenere Form der atypischen Audouinischen Mikrosporie: Kerion microsporicum, von L. Arzt und H. Fuhs, Univ.-Hautklin. Wien. S. 9—12. Der Fall betrifft einen 9jähr. Schüler. Der Herd sitzt am linken Scheitelbein. Als Ursache wird individuelle Disposition angenommen. Histologisch ergab sich eine völlige Übereinstimmung der strukturellen Veränderung mit der Kerionbildung der Trichophytie. Das spontane Erlöschen der Kopfmikrosporie in der Pubertät, die Seltenheit der Lokalisation an der Kopfhaut der Erwachsenen sind Zeichen einer Veränderung der Haut durch die Geschlechtsreife. Sie dürfte offenbar die Veranlassung sein, daß eine durch M. Audouini bedingte Sykosis sich bisher noch nicht beobachten ließ.

Worauf beruht die spezifisch-spirillozide Wirkung des Salvarsans?, von Josef Schumacher-Berlin, S. 13—62. Das Salvarsan wird mittels seiner Umwandlungsprodukte an die Spirochäten fixiert. Seine reduzierende Komponente wirkt direkt spirillozid im Gegensatz zum Hg, dessen Wirkung katalytisch oder sauerstoffübertragend ist. Die Beziehungen zur Körperzelle lassen sich aus dem Salvarsankernbilde schließen. Zur Herstellung desselben läßt man auf einen Leukozytenausstrich eine mit Leitungswasser hergestellte Neosalvarsanlösung, 1 prom., 2—5 Min. einwirken und nach Abspülen mit einer Albarginlösung, 1%ig, nachfärben. Die Kerne färben sich tief- und das Protoplasma lichtbraun. Diese Färbung ist nicht kochsalzlöslich und wird durch Lösungsmittel für Nukleoproteide nicht angegriffen. Das Salvarsankernbild verdankt demnach sein Entstehen der Anwesenheit der Nukleoproteide; im besonderen der Nukleinsäure. Wird dieselbe aus dem Zellkern entfernt (10 Min. in kochender Salpetersäure), so bleiben die Kerne ungefärbt. Das Zustandekommen des Bildes hängt ferner von der Anwesenheit gewisser Ionen im Lösungsmittel ab, infolgedessen fehlt es bei Verwendung von Aqua dest., tritt aber hervor bei Leitungswasser oder Ringerscher Lösung. Bei Bakterien (Hefezellen) wird nicht bloß durch die Nukleinsäure, sondern auch durch das basische Eiweiß gebunden. Die Pallida bindet ebenfalls Salvarsan, aber, da sie völlig nukleinsäurefrei ist, an das basische Eiweiß. Die histochemische Untersuchung ergibt das Vorkommen additio-

Digitized by Google

neller Salze der Salvarsanbasen mit der Nukleinsäure und den Eiweißkörpern des Protoplasmas. Die Untersuchungen an der lebenden Zelle (Hefe) ergeben, daß dieselbe offenbar mit dem intakten Salvarsanmolekül nicht in chemische Reaktion tritt. Oxydiertes Salvarsan dagegen dringt in die Zellen ein, wobei entweder der Zelltod vorausgeht oder folgt. Umwandlungsprodukte des Salvarsans erfahren eine Bindung an die lebende Pallida. Die Oxydationen und die oxydative Synthesen hemmende Wirkung des Arsens führt bei Spirochäten, bei ihrer Sauerstoffarmut, bereits zu einer Zeit zum Zelltod, in welcher die sauerstoffreicheren Körperzellen noch nicht in gleichem Maße geschädigt werden. Da die Umwandlungsprodukte des Salvarsans in erster Linie von den Spirochäten gebunden werden, macht sich die Oxydation des III-wertigen Arsens, unter Sauerstoffaufnahme zu V-wertigen, zunächst an den Spirochäten geltend. Die optimale Wirkung kommt den Arsenikalien basischer Natur zu. Dystherapeutisch wirken die sauren, weil bei den basischen Verbindungen eine größere Affinität zu den sauren Zellstoffen besteht, die den sauren fehlt. Als Anforderungen an den chemischen Aufbau der Antisyphilitika sind zu stellen: Wasserlöslichkeit und eine allmähliche Umwandlung im Körper, die dem Präparate die stürmische Giftwirkung nimmt. Das Mittel muß sauerstoffraubende und gleichzeitig stark reduzierende Eigenschaften besitzen. Es muß ein vorwiegend basischer Körper sein, und entweder selbst oder seine Umwandlungsprodukte in vivo eine hohe chemische Verwandtschaft zu den Parasiten besitzen, aber nicht zu den Körperzellen.

Umwandlung eines nässenden Unterschenkelekzems in eine Lichen-verrucosus-artige Dermatitis durch Salvarsantoxicose, von Franz Wirz, Hautklin. München. S. 63—70. Der mitgeteilte Fall betrifft eine Wäscherin, die seit Jahren an Krampfadern leidet und seit 8 Wochen an einem Unterschenkelekzem. Im Anschluß an eine kombinierte Salvarsan-Wismutkur wird das nässende Ekzem trocken, und an seiner Stelle bilden sich Efflorescenzen, die dem Lichen ruber verrucosus gleichen. Klinisch durchaus typisch, erweisen sie sich im Verlauf weniger hartnäckig, mikroskopisch entzündlicher und ödematöser. Schon früher wurden verbreitete Lichen-ruber-ähnliche Salvarsanexantheme beschrieben, aber hier besteht ein gewöhnliches Erythem am Körper, nur im Bereich des Ekzems zeigt sich die Umwandlung. Ihre Ursache ist die Kombination des Ekzems, einer primären Hautstoffwechselschädigung, und des Salvarsans, einer Intoxikation. Man kann den Vorgang als eine Folge der durch die Therapie bewirkten natürlichen Heilungstendenz (Herxheimer) oder einer besonderen Disposition (Bettmann) auffassen. (Der Ref. glaubt die Arbeit des Verf. durch die Mitteilung unterstützen zu können, daß er einen Ersatz von Unterschenkelekzemen durch L.-v.-ähnliche Dermatitis eintreten sah, sowohl artefiziell (durch Medikamente) als auch spontan (vielleicht durch autogene Körper).

Zur klinischen und histologischen Kenntnis einer nichterblichen Form der sog. Epidermolysis: Bullosis mechanica toxica ex usu Arseni, von Hermann Werner Siemens, Hautkl. München, S. 71—75. Ein 57jähr. Pat., der wegen Pruritus 3 Monate lang regelmäßig Sol. Fowleri erhalten hatte, bekommt an den Fußsohlen ein brennendes Erythem mit Blasenbildung und, allerdings nicht genau an gleichen Stellen, Keratose. Ätiologisch kommt die Arsenwirkung in Betracht; das klinische Bild entspricht der Bullosis mechanica simplex. Es handelt sich um eine nicht erbliche (paratypische) Form im Gegensatz zu den als Epidermilolysis bezeichneten erbbildlichen oder idiotypischen Affektionen. Histologisch war der oberflächliche (intrakorneale) Sitz der Blase bemerkenswert. Der gleiche Befund wurde auch bei der bisher noch nicht untersuchten Reibungsblase des Normalen (nach achtstündigem Marsche entstanden) erhoben.

Zur Frage der chronischen Pyodermie. (Ein Fall von chronischer vegetierender Pyodermie), von N. Tschernoguboff, Hautklin. Moskau. S. 76—95. Ein Fabrikarbeiter leidet seit Kindheit an einem chronisch impetiginös-nässenden Ekzem der behaarten Teile des Kopfes sowie an Oberlippe und Wangen, das sich schließlich über das ganze Gesicht ausbreitete. Am Rumpf und Extremitäten follikuläre Knötchen und Pusteln, größere Knötchen mit glatter oder unebener Oberfläche, weiche Infiltrate mit granulierter oder manchmal warziger, größere mehr oder weniger tiefe (skrophulodermaartige) Abszesse und schließlich zahlreiche scharf abgesetzte Narben. Histologisch fanden sich neben den Zeichen einer akuten eitrigen Entzündung auch typische Granulome mit zahlreichen Riesenzellen. Als Ursache der eigenartigen Kombination von chronischer und banaler Entzündung wird eine spezifische Eigenschaft des pyogenen Virus angenommen.

Digitized by Google

Ein Beitrag zur Pflanzendermatitis, von Otto Kren, Stadtkrh. Wien, Hautabt. S. 96—98. Die seltene Beobachtung betrifft eine 34jähr. Frau, die wiederholt durch die Orakelblume (Chrysanthemum leucanthemum) erkrankte. Dies geschah sowohl durch die Berührung als auch indirekt durch die Luft, wenn die Pat. ihren Weg durch ein Feld solcher Blumen nahm. Es handelte sich hierbei um die Entwicklung einer ödematösen-erythematösen Dermatitis mit dichtgestellten, etwa hanfkorngroßen Bläschen. Angestellte Versuche ergaben, daß die mit Haaren besetzten Blätter und Stengel der Pflanzen hautschädigend waren, während die Blüten keine Dermatitis erzeugten.

Über Hauterscheinungen bei bösartigen Geschwülsten innerer Organe, von Stephan Rothmann (Gießen), Hautkl. Zürich, S. 99—123. Im ersten der drei mitgeteilten Fälle handelt es sich um eine 69jähr. Frau, bei der wegen Gesichtskarzinoms sowie eines Schilddrüsenkarzinoms mit Lymphmetastasen eine Röntgenbehandlung von 3 Monaten Dauer durchgeführt wurde. Mit der Rückbildung der Geschwülste und im Anschluß an die letzte Bestrahlung setzte ein heftiges Jucken ein mit der Entwicklung einer Dermatitis herpetiformis. Nach einem Bestande derselben von 7 Monaten trat nicht bloß eine Verschlimmerung derselben ein, sondern auch ein erneutes Wachsen der Geschwülste. Zehn Tage vor dem durch Sarkomatose erfolgtem Exitus hörte die Bläscheneruption auf. In einem 2. Falle, bei einer 57jähr. Arbeiterin, zeigten sich anfänglich im Gesicht, aber auch am übrigen Körper, umschriebene Hautveränderungen, die einem Lupus erythematodes acutus sehr ähnlich sahen. Bald darauf änderte sich das Bild, indem an den Extremitäten und am Stamm in unregelmäßigen Schüben erythemato-bullöse Eruptionen auftraten (Erythema-exsud.-multif.-ähnliche Toxikodermie). Sie war mit einer eigenartigen Desquamation im Gesicht und mit Teleangiestasien und Petechien verbunden. Ein Tumor wurde erst kurz vor dem Tode palpabel, und bei der Sektion erwies er sich als ein ausgedehntes Karzinom der hinteren Magenwand mit zahlreichen Metastasen in der Bauchhöhle. Die letzte Beobachtung betrifft einen 65jähr. Mann. Hier findet sich eine nach einer Operation rezidivierende maligne Geschwulst der Halslymphdrüsen. 6 Wochen vor dem durch Metastasen der Brustorgane erfolgten Tode entsteht ein stark juckendes Exanthem mit miliaren, bis linsengroßen, stark juckenden Knötchen, die rasch zerkratzt werden, und einer Pigmentanomalie mit dunklen Flecken und Streifen, die zwischen pigmentarmen, auch vitiliginösen Partien der Haut ein scheckiges Aussehen verleihen. Jucken stark universell. Der Tumor ist ein Rundzellensarkom, ebenso seine Metastasen. In den Krankenherden der Haut findet sich eine lebhafte Wucherung des Epithels mit zahlreichen Mitosen der Basalschicht wie bei präkanzerösen Zuständen. Mit Berücksichtigung der in der Literatur bereits angegebenen Fälle werden die Hauterscheinungen, welche die Entwicklung bösartiger Geschwülste begleiten, unterschieden in: 1. Metastasen, 2. einen prurigінösen Symptomenkomplex, 3. toxisch-bullöse Eruptionen, 4. Acanthosis nigricans und sonstige Hauterscheinungen, die auf Wachstumsreizstoffe der Muttergeschwulst zurückgeführt werden können. Der kausale Zusammenhang zwischen Tumoren und Dermatose ist nur in einzelnen Fällen bewiesen (Blaschko und Bogrow). Klinische Beobachtungen und auch die Übergänge verschiedener Hautsymptome zu Metastasen einerseits, zur Acanthosis nigricans andererseits sprechen in dem Sinne, daß die Hauterscheinungen durch die bösartigen Geschwülste hervorgerufen werden. Die Hautveränderungen entstehen auf toxischem oder metastatischem Wege; sie sind meistens Spätsyptome. Sitz und Art des Tumors spielt keine Rolle.

Lokale urtikarielle Hautreaktion auf Sonnenlicht, von Wilhelm Frei, Hautkl. Breslau, S. 124—135. Lokale urtikarielle Reaktionen durch Druck, Galvanismus und Kältewirkung sind bekannter als solche durch Sonnenlicht. Bei einem an Lungentuberkulose leidenden Manne in gutem Ernährungszustande mit sonst gesunder Haut genügte eine Sonnenbestrahlung von 30 Sekunden, um eine intensive, die ganze bestrahlte Fläche einnehmende Röte mit Andeutung von Quaddelbildung zu erzeugen. Bei längerer Bestrahlung trat sie um so stärker hervor. In ähnlicher Weise wirkte die Hanauer Quarzlampe. Die wirksamen Strahlengruppen waren im kurzwelligen Teil des sichtbaren und im langwelligen des ultravioletten Spektralgebietes zu suchen. Zwischen der Reaktion und bekannten Lichtdermatosen, besonders der Hydroa, bestehen Beziehungen, indem auch hier urtikarielle Reizungen beobachtet werden. Bei wiederholter Bestrahlung derselben Stellen, bilden sich Gewöhnungserscheinungen aus, die sich auf die wechselseitige Anwendung von

Digitized by Google

Sonnen- und Quarzlampenlicht erstrecken, gegenüber anderen Reizen aber, zum mindesten teilweise spezifischen Charakter zu haben schienen. Eine somatische Ursache der Reaktion sowie eine Disposition zur Urtikaria (allergische Konstitution) war nicht vorhanden.

Zur Ätiologie des Lupus erythematodes, von L. v. Zumbusch. S. 136—141. Die bakteritische, septische Natur des Lupus erythematodes acutus geht aus vielen seiner Symptome hervor: dem unregelmäßigen Fieber, der Häufigkeit der Nephritis und den septischen Komplikationen, an welchen die Kranken zugrunde gehen. In drei mitgeteilten Krankenberichten von ausgedehntem Lupus erythematodes acutus handelte es sich um nichttuberkulöse Prozesse. Bei zwei Fällen war die Ursache ein schwerer, mit hohem Fieber einhergehender Gelenkrheumatismus. Mit der Besserung des Grundleidens verschwand das Exanthem. Im dritten Falle lag eine Viridanssepsis vor. Das Exanthem hielt bis zum erfolgten Tode an. Abgeheilte Tuberkuloseherde, wie sie im letzten Falle in den Hilusdrüsen gefunden wurden, kann man nicht als etwas Ursächliches, ja auch nur Begünstigendes erklären. Ein Zusammenhang zwischen Tuberkulose und Lupus erythematodes ist besonders bei chronischen Fällen so gut wie sicher. Auch bei vielen akuten mag er bestehen, aber die bei septischen Prozessen auftretenden Exantheme können nicht als Tuberkulose angesprochen werden.

Über Dermatitis atrophicans und ihre pseudo-sklerodermischen Formen, von S. Ehrmann und Fritz Falkenstein, 2. Abt. f. Haut- und Geschl.-Krh., Allg. Krh.-Wien, S. 142—175. Bei der atrophischen Hautentzündung besteht ein frühzeitiges infiltratives Stadium, das keine Atrophie aufweist: Erweiterung der Blut- und Lymphbahnen in der Papillar- und Subpapillarschichte und um die Follikel; Riesenzellen; Bindegewebe und Elastin erhalten. Das polsterartige weiche Aussehen kommt auch dadurch zustande, daß das Infiltrat in netz- oder schmalstreifenförmiger Anordnung besonders um kavernös erweiterte Venen und um Lymphgefäße auftritt, während das elastische Netz schon stellenweise im Schwinden begriffen ist. Andere Stücke zeigen schon den Übergang in die Atrophie. Hierzu gehören solche, bei denen gratförmige Randleisten, begründet durch Infiltratreste und erweiterte Venen und Lymphgefäße, beobachtet werden, während in der Mitte das Gewebe zusammenpreßt, der Papillarkörper geschwunden ist. Die starre Haut bildet knittrige papierähnliche Falten. Im Gegensatz zu den anfänglich schwammigen Formen finden sich streifen-, insel- oder netzartige Stellen, zunächst wenig oder gar nicht infiltriert, im Beginn glatt, spärlich schuppend, schließlich durch Runzlung der Oberfläche die Atrophie anzeigend. Makulöse Form der Dermatitis atrophicans: In der Peripherie findet man Zeichen subakuter Entzündung mit Erhaltenbleiben der Papillen, während sie in der Mitte verflachen, worauf eine leichte fühlbare Depression zurückzuführen ist. Stellenweise erhaltene Papillen bedingen Felderung, die verdickte aufgelockerte Hornschicht verleiht Seidenglanz. In anderen Fällen besteht die Form der Anethodermie. Sie unterscheidet sich von den makulösen nur durch die Atrophie der tieferen Kutisschichten und dadurch, daß in dem durch die Atrophie freigewordenen Raum das subkutane Fettgewebe eindringt, und daß der Übergang in die Umgebung kein allmählicher, sondern ein plötzlicher ist. Die sklerodermieähnlichen, platten-, strang- und knotenförmigen Verdickungen sind die Folge von Veränderungen des Bindegewebes in der Cutis propria und Subkutis. Es bilden sich zunächst Infiltrate in den zwischen den Bindegewebszügen verlaufenden und in den perivenösen Lymphbahnen. Mit der Rückbildung beginnt der Schwund der elastischen Fasern, während dann die Infiltration in das Innere der Züge vordringt, nimmt sie in der Peripherie ab. Hier beginnt eine Ausschmelzung von Spalten und Höhlen, die von vergrößerten Fibroblasten begrenzt sind, dann Schwund der elastischen Fasern, auch im Innern der Balken. Zum Schluß Schwund der Spalten, Zusammenpressen der Bindegewebsbündel, evtl. mit Neubildung feiner elastischer Fasern, die wie in einer Narbe parallel zur Oberfläche ziehen. Als Ursache wird ein hämatogenes Virus angenommen, das nach seiner Aussaat längs des oberflächlichen Gefäßnetzes papillär oder subpapillär fortschreitet, das tiefe Lymphgefäßnetz zwischen den Balken der Cutis propria benutzt bei den sklerosierenden, das perivenöse der Kutis und Subkutis bei den strangähnlichen Formen. Hierzu kommt das Fortschreiten in verschiedenen Schichten, Festhalten des Virus an gewissen Punkten einer Vene (Fibrombildung) und gelegentlich hämatogene Dissimination. Benutzung eines Weges oder Kombination der ver-

Digitized by Google

schiedenen sowie regionäre Verhältnisse erklären die Formen der Dermatitis atrophicans.

Über die sog. Alibertsche Tinea amiantacea, von Martin Friedmann-Mannheim, Hautkl. Breslau. S. 176—181. Die Teigne oder Porrigine amiantacée, wie sie zuerst bezeichnet wurde, jene Erkrankung des Haarbodens, die auf ihm eine glänzende, weißgraue, schiefrig-blättrige, asbestähnliche Masse (Gneis, Granit) zur Ablagerung bringt, ist ätiologisch noch nicht bestimmt. In vier mitgeteilten Fällen konnten Sproßpilze nachgewiesen werden.

Beiträge zur Pathogenese und Therapie der Gilchristschen Blastomykose, von Eduard Neuber, Hautkl. Debreczen. S. 182—195. Bei einem 53jähr. Bauer fanden sich hyperämische Flecke, Bläschen, Pusteln, Akneknoten, Infiltrationen, Abszesse, Narben in mannigfacher Kombination. Die Veränderungen sitzen in der Gegend des rechten Schlüsselbeins, an den Unterschenkeln und Unterarmen. Histologisch fanden sich in den Veränderungen Mikroabszesse und in ihnen grampositive Blastomyzeten. Sie waren sowohl im Schnitt als im Ausstrichpräparat nachweisbar. Es gelang aber auch aus geschlossenen Abszessen die Keime, sogar in Reinkultur zu züchten. Durch Einreiben von Kulturteilchen war die Haut des Pat. infizierbar. In den Impfprodukten, die mit den vorhandenen Effloreszenzen übereinstimmten, fanden sich wieder Blastomyzeten. Vakzine und Extrakte (Blastomykosin) riefen spezifische Hautreaktionen am Pat. hervor; außerdem traten ausgeprägte Herdreaktionen auf. Nach vorausgegangener fünfjähriger Behandlung genaß der Pat. nach spezifischer Therapie (alkoholischer Blastomyzetenextrakt) binnen acht Wochen.

Weitere Untersuchungen über die Ätiologie des Zoster. I. Über die Mikroskopie der Impfreaktion und des generalisierten Bläschenexanthems nach Impfung mit Zoster, von B. Lipschütz. S. 196—206. Nach dem Vorgange von Kundratitz wurden Kinder mit Zostermaterial geimpft. Die Reaktion trat in Form eines kleinen Bläschens oder einiger dicht nebeneinander stehenden Bläschen auf. Die Inkubation betrug 9—12 Tage. Einige Tage später (meist am 15. Tage der Impfung) gesellte sich ein varizellenähnliches Exanthem hinzu, das in wenigen Tagen abheilte. In den durch Sublimatfixation gehärteten Gewebestückchen fanden sich die azidophilen Zosterkörperchen. Einmal in den durch Amitose geschwollenen Bindegewebszellen, ferner in den Kernen von Intimaendothelien kleiner Blutgefäße und schließlich im peri- und endoneuralem Bindegewebe. Vereinzelt wurden auch Körperchen im Bindegewebe der Subkutis beobachtet. Als seltener Befund wird eine mehrkernige Riesenzelle im Blasenepithel mit randständigen, Einschlüsse beherbergenden Kernen, dem Bilde der Langerhansschen Zelle entsprechend, angeführt.

Ein Erythema-nodosum-ähnliches gutartig verlaufendes Pyämid, von Hans Biberstein und Martin Fischer, Hautkl. Breslau. S. 207—212. Eine 67jähr. Frau bekommt nach einem abendlichen Schüttelfrost am anderen Morgen kutan-subkutane hell-dunkelblaurote Knoten. Aus dem Blute läßt sich ein hämolytischer Streptokokkus züchten mit geringer Mäusepathogenität, negativer Gallenreaktion, schlechter Beeinflussung durch Optochin, starker Empfindlichkeit gegen Rivanol und Vuzin. Histologische Untersuchungen ließen in den Effloreszenzen die Anwesenheit der Keime vermissen. Die Auffassung der Knoten als Pyämid wurde durch das im Anschluß erfolgte Auftreten von pustulösen Herden unterstützt. Diese spätere Auftreten oberflächlicherer Effloreszenzen wird als allergische (abgeschwächte) Reaktion der Haut aufgefaßt. Die Gutartigkeit des Falles ist ein neues Beispiel, daß positiven Blutbefunden allein wie bei anderen septischen Erkrankungen (Endokarditis) sichere prognostische Schlüsse nicht gezogen werden können.

Ein Beitrag zur Gelbsuchtfrage, einfache Gelbsucht und sog. Gelbsucht nach Salvarsan, bearbeitet nach dem Marinematerial vom 1. IV. 1919 bis 31. XII. 1923 (1331 Fälle), von Heinrich Ruge. S. 213—255. Der epidemische infektiöse Ikterus ist in den Jahren 1919—1923 dauernd gestiegen. 1912—13: 0,147%, 1919: 0,479% 1923: 1,773%. Der Salvarsanikterus 1919: 0,195%, 1923: 0,94%. Im allgemeinen verliefen die Gelbsuchtsfälle nach Salvarsan etwas schwerer und dauerten länger als die epidemischen; 30,02 gegen 23,44 Tage. Die Zahl der Todesfälle belief sich auf 3:367 bzw. 1:919. Die drei Salvarsantodesfälle boten mikroskopisch das Bild einer Leberatrophie; der Tod bei einfacher Gelbsucht zeigte makroskopisch eine großknotige Zirrhose, die wahrscheinlich als regenerativer Prozeß einer subakut verlaufenen Leberatrophie aufzufassen ist. Bakterielle und serologische Unter-

Digitized by Google

suchungen verliefen völlig ergebnislos. Die Salvarsangelbsucht steigt und fällt mit dem Vorkommen der Syphilis, jedoch nicht so, daß in jedem Jahr ein bestimmter Prozentsatz der Luiker eine Gelbsucht bekommt. Vielmehr steigt der Salvarsanikterus mit jedem Jahre höher und erreicht 1923 bis jetzt seinen Höchststand. Die Zahlen sind für 1919: 3,7%, 1920: 7,14%, 1921: 12,7%, 1922: 10,6%, 1923: 20,37%. Der sogenannte Salvarsanikterus zeigt also im allgemeinen genau wie der einfache Ikterus eine Neigung zum Steigen. Der einfache Ikterus ist eine ansteckende Krankheit, die durch eine z. T. angenommene Gelbsuchtsbereitschaft stärker als vor dem Kriege auftritt. Bei der Marine begünstigen dieses Anschwellen der Krankheit besondere Umstände, enges Zusammenwohnen, starke körperliche Arbeit, sitzende Lebensweise, starker Temperaturwechsel. Der Ikterus tritt mit Vorliebe in den Herbst- und Wintermonaten auf. An Bord kommen gelegentlich kleine Epidemien vor, Einzelfälle sind als sporadische Erkrankungen aufzufassen. Für den ansteckenden Charakter spricht, daß Neueintretende die größte Erkrankungsziffer aufweisen, d. h. durch das Hinzukommen neuer, frisch empfänglicher Individuen flackert die Krankheit wieder auf. Das Überstehen der Gelbsucht hinterläßt in den meisten Fällen (98%) eine absolute Immunität. Auf Grund der gesammelten Beobachtungen — gleiches Krankheitsbild, gleichzeitiges Auftreten, wahllose Verteilung zwischen den anderen Fällen — ist die sog. Gelbsucht nach Salvarsan mit dem einfachen Ikterus zu identifizieren, wobei zu den auslösenden Ursachen noch Lues und Salvarsan als unterstützende Momente treten. Die größere Rolle spielt das Salvarsan. Es wirken anscheinend die verschiedenen Präparate verschieden stark auf die Leber ein; am stärksten Neosalvarsan, dann kommen Na- und Silbersalvarsan. Von den kombinierten Kuren belastet die einzeitige Linserkur die Leber am meisten. Eine weitere Ursache ist die ambulante Behandlung, weil die Arbeit über Gebühr die Leber belastet. In gleichem Sinne wirkt unregelmäßige Lebensführung (Alkoholmißbrauch). Bzw. der Therapie wird an die von den Amerikanern empfohlene Verabreichung von hochprozentiger Zuckerlösung $^1/_2$ Stunde vor der Einspritzung erinnert, da eine glykogenreiche Leber die Zufuhr von Salvarsan besser vertragen soll als eine glykogenarme. Ebenso ist nach Möglichkeit eine stationäre Behandlung wenigstens während der ersten Kur anzustreben. Während der weiteren Kuren erscheint es zweckmäßig, den Pat. wenigstens für den Tag der Einspritzung Schonung zu verordnen. Ferner hat während der Kur eine Kontrolle des Harns auf Eiweiß, Zucker und Gallenfarbstoff (Ehrlichs Reagens) stattzufinden, ebenso ist für reichliche Flüssigkeitszufuhr (Tee, Mineralwässer) und geregelte Verdauung (Karlsbader Salz) zu sorgen.

Ein Beitrag zur Statistik der Syphilisbehandlung. (Die tertiäre Syphilis der Berliner Prostituierten), von Mingchen Cheng-Honan (China), Städt. Obdach, Berlin. S. 256—260. Am häufigsten wurden von frühtertiären Erscheinungen festgestellt die tuberoserpiginösen Exantheme und Veränderungen der Mundschleimhaut. Sie treten in den ersten 5 Jahren nach der Infektion in 12,7%, 6—10 Jahre nach der Infektion in 13,9%, 11—20 Jahre nach derselben in 11,7% und noch später nach der Ansteckung in 3,2% auf. Die Ergebnisse der vorausgegangenen Salvarsantherapie sind ungleich günstiger als diejenigen bei alleiniger Verwendung von Quecksilber; nach dieser 51%, nach Salvarsanbehandlung 23,4% Tertiärlues. Auch die Tabes dorsalis tritt bei den mit Salvarsan behandelten Fällen seltener auf als unter dem übrigen Material: bei unbehandelter Syphilis in 14%, bei mit Quecksilber in 5,8% und bei mit Salvarsan behandelter Lues Tabes in nur 5% der Fälle. H. Vörner-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Urogenitalapparat.

e. Weibliches Genitale.

Bakterienflora und Chemismus der Vagina, von N. Cukor-Budapest. (Gyógyászat. 1925, Nr. 11.) Die Vagina sezerniert, trotzdem sie keine Drüsen besitzt, Glykogen, welches durch die Säurebakterien in Milchsäure umgewandelt wird. Die saure Reaktion wirkt hemmend auf fremde und pathologische Bakterien. Durch Überwuche-

Digitized by Google

rung der Säurebakterien können die fremden Bakterien nicht gedeihen. Zur Desinfizierung der Vagina vor der Geburt wird und soll die Vagina mit Milchsäure in den letzten Wochen ante partum irrigiert werden. Der Säuregrad soll ½% nicht überragen. Beim Abgang des Fötalwassers wird die Reaktion der Vagina alkalisch, doch ist beim Dasein der normalen Flora dieser Zustand irrelevant. Vor 17 Jahren hat Verf. schon unter dem Namen „Laktolavol" ein Milchsäurepräparat in Verkehr gebracht, und es wurden darüber günstige Äußerungen von mehreren Seiten gemacht (Zweifel, Thaler, Zuckermann). M. Porosz-Budapest.

Tuberkulose der weiblichen Genitalien, von L. Kalledey-Budapest. (Therapia, 1925, Nr. 1.) Durch Tierexperimente wurde bewiesen, daß Tuberkelbazillen im Blute kreisen können ohne pathologisch-anatomische Veränderungen der Gewebe. Der Verf. hält es nicht für unmöglich, daß bei intaktem Hoden und Nebenhoden im Ejakulat Tuberkelbazillen auch vorhanden sein können neben einem latenten Lungenprozeß. Es können auch primäre Erkrankungen der Genitalien vorkommen, trotzdem daß diese Erkrankungen im allgemeinen als Metastasen betrachtet werden. Die in die Vagina geratenen Tuberkelbazillen können durch die Blut- und Lymphzirkulation in den Organismus hineingelangen, oder sie können direkt in den Uterus geraten und dort anhaften und eine Endometritistuberkulose mit eitrigem, käsigem und tuberkelpositivem Ausfluß hervorrufen. Die Erkrankung kann in den Tuben oder in den Ovarien sich auch ausbilden. Charakteristisch ist die Schmerzlosigkeit der bleistiftdicken Tuben und der harten, vergrößerten, unempfindlichen Ovarialtumoren. Von den Tuberkulosesymptomen lassen sich nur die Nachtschweiße und allgemeine Schwäche verwerten. Bei einseitigen Erkrankungen kann auch Konzeption und Graviditat vorkommen. Von Menstruationsstörungen waren in 6% der Fälle Amenorrhoe, in 30% Menorrhagie, in 40% Dysmenorrhoe zu finden. Ein Weiterschreiten des Prozesses auf das Peritoneum ruft die Schmerzen hervor. Die Diagnose läßt sich zumeist auf dem Operationstisch stellen. Eine Operation wird für überflüssig gehalten. Der Verf. operierte vor 7 Jahren eine Frau mit Tuberkulose der Tuben und einem Tumor des Ligamentum latum, welcher den Ureter in dem käsigen Prozeß mit angriff (Nephrektomie, Hysterektomie), und die Pat. fühlt sich noch heute wohl und hat 12 kg zugenommen. Mit Übereinkommen des Internisten soll die Operation (Herdentfernung) frühzeitig vorgenommen werden, um eine Besserung auf Jahre zu erreichen. M. Porosz-Budapest.

Zur Pathogenese des weiblichen Fluors, von H. Rösch-Halle a. S. (Zbl. f. Gyn., 1925, Nr. 7, S. 365.) Im Gegensatz zu den Verff., die den Fluor auffassen als ein mehr „biochemisches Problem", die in dem pathologischen Scheidenmikrobismus seine Ursache sehen, versucht ihn Verf. vom pathologisch-anatomisch-physiologischen Standpunkt aus zu erklären. Vier Quellen kommen in Betracht: 1. der Uterus (besonders die Cervix uteri), 2. die Vagina, 3. die Vulva, 4. ein abnormes Fluorempfinden. Für den uterinen Fluor kommt in Betracht eine Hypersekretion auf entzündlicher Basis oder durch Stauung; indirekt kann die Sekretion gesteigert werden reflektorisch von der Vagina aus (mechanisch, chemisch oder thermisch) oder vom Ovar aus (in der Pubertät, im Klimakterium, bei konstitutionellen und innersekretorischen Erkrankungen, weiter bei psychosexueller Erregung; schließlich kann der zervikale Fluor aufgefaßt werden als Sekretionsneurose (vgl. Magenneurosen). Gegenüber diesem uterinen Fluor tritt der vaginale Fluor an Bedeutung zurück. Der vestibulare Fluor ist die Folge einer Erkrankung der Vulva, entweder allein oder in Verbindung mit Erkrankungen an höher gelegenen Abschnitten. Endlich das abnorme Fluorempfinden, wobei also subjektiv das Gefühl des Ausflusses vorhanden ist, das aber auch mit wirklichem Fluor kombiniert sein kann. F. Landauer-Berlin.

Zur Physiologie und Pathologie der Brustdrüse (Die menstruellen Veränderungen der weiblichen Brustdrüse. Das Krankheitsbild der schmerzhaften Knotenbildung. Mastitis chronica cystica.), von W. Sebening, Chir. Univ.-Kl Frankfurt a. M. (Arch. f. kl. Chir., 1925, Bd. 134, H. 2 u. 3, S. 464.) Verf. bestätigt die Befunde A. Rosenburgs (1922/23) und verwertet diese Beobachtungen für eine Reihe von Erkrankungen der Brustdrüse, und zwar fand er, daß die schmerzhaften Knoten in der Brustdrüse aus nicht zurückgebildeten Drüsenwucherungen bestehen, die sich im Intervall nicht zurückbildeten, wie sonst das normale Drüsengewebe. Demgegenüber besteht die Mastitis chronica cystica aus Bindegewebswucherungen, während hier dann das Sekundäre erst die Epithelwucherung ist, da sie durch

Digitized by Google

den Reiz des gestauten Sekretes bedingt wird. Die spätere Unterscheidung zwischen der Mastitis chronica cystica und der knotenförmigen Hyperplasie des Drüsengewebes ist auch histologisch schwierig. A. Rosenburg-Mannheim.

Sexual-Pathologie und -Hygiene.

Das erotische Moment in Kunst und Dichtung, von G. Jung-Frankenberg i. Sa. (Zschr. f. Sexualw., 1925, Bd. 11, H. 11, S. 277—288, H. 12, S. 297—301.) Kunst ist sichtbar gewordene Sinnlichkeit in höchster und edelster Gestalt. Die höchste, erhabenste Form des Sinnlichen stellt das Erotische dar, dessen künstlerische Behandlung dadurch zur Notwendigkeit wird und die Berechtigung der künstlerischen Darstellung erotischer Szenen erweist. Am wenigsten tritt die Erotik vielleicht in der Musik hervor, viel mehr in Bildhauerei und Malerei. Das wird belegt durch zahlreiche Beispiele aus Antike, Renaissance und Barock. Im Rokoko trägt die Erotik die Note des Frivolen und Lüsternen. Auch in späteren Jahrhunderten ist die Erotik nie aus der Kunst geschwunden. In der Dichtkunst hat die geschlechtliche Liebe von jeher den Kern der Dichtung geschaffen; das zeigt sich schon in den alten Sagen. In romantischer Überspanntheit entwickelt sich das Minneleben, dem in der Renaissance die Entwicklung des erotischen Schönheitsideales in der Dichtkunst ebenso wie in der bildenden Kunst folgt. In der Barockdichtung drückt der Sinnlichkeit die Galanterie ihre stärkere Note auf. Als einer der ersten Interpreten der modernen individuellen Liebe kann Shakespeare gelten. Die Erotik in ihren Wandlungen in den verschiedenen Perioden Goethescher Dichtung wird eingehend geschildert und auf das Sexuelle als Wurzel des Künstlerischen auch bei vielen Dichtern bis in die neueste Zeit hingewiesen. E. Levin-Berlin.

Beitrag zum kindlichen Sexualleben, von S. H. Falkenstein-Köln. (D. m. W., 1925, Nr. 14, S. 565.) Den Eltern eines 2 Jahre alten Knaben, der geistig und körperlich gut entwickelt ist, fiel mehrfach auf, daß der Junge mit beiden Beinen gegen Glied reibende Bewegungen machte. Der Knabe stöhnte dabei, als wenn er „schwere Arbeit verrichten" würde. Der Körper war mit Schweiß bedeckt. Das Kind machte einen äußerst erregten Eindruck. Der Penis war ausgesprochen erigiert. F. Harry-Wiesbaden.

Die geschlechtlichen Interessen der Schulkinder, von S. Weißenberg-Elisabethgrad (Ukraine). (Zschr. f. Sexualw., 1925, Bd. 12, Nr. 1, S. 22—27.) Eine Schulärztin, die zwei Elementarschulen mit zusammen etwa 600 Kindern beiderlei Geschlechts im Alter von 9—17 Jahren zu versorgen hatte, besprach mit ihnen die Grundbegriffe des Körperbaues, der persönlichen Hygiene und der allgemeinen Prophylaxe. Im Anschluß daran wurden von den Schülern Fragezettel eingereicht, in denen sie sich über alle mit dem Geschlechtsleben zusammenhängenden Fragen zu unterrichten suchten. Dieser Fragedrang trat bei Kindern unter 12 Jahren noch nicht in die Erscheinung. Besondere Aufmerksamkeit lenkte die Menstruation auf sich, ferner die Geschlechtsunterschiede von Mann und Frau, die Onanie, der übrigens die Mädchen kalt gegenüber standen. In den höheren Altersklassen zeigte sich eine verschiedene Einstellung der beiden Geschlechter den Problemen gegenüber, der Mann sexuell, die Frau nur erotisch. Charakteristisch waren folgende Fragen von Mädchen über die Prostitution: „Wenn die Prostitution nicht eine Pflanzstätte der Infektionen wäre, würde sie auch dann von der Sowjetmacht bekämpft werden?" und „Angenommen die Frau sei kein Privateigentum mehr und übe nur freie Liebe aus, würde sie dann keine Infektionsträgerin mehr sein, und wäre dann eine solche Sachlage besser als die Prostitution?". Im allgemeinen fällt der dezente Ton der Fragen und die Naivität auf. Der den Kindern innewohnende Drang nach Aufklärung über Dinge, die sie als solche doch wissen, fordert sexuelle Belehrung, die nach den vorstehenden Erfahrungen nach dem 12. Lebensjahre als unterster Grenze einzusetzen hätte. E. Levin-Berlin.

Die forensische Bedeutung sexueller Abirrungen, von Friedländer-Frankfurt a. M. (M. Kl., 1925, Nr. 15, S. 566—568.) Abirrungen des Geschlechtslebens finden sich bei Geisteskranken und Geistesschwachen, und zwar in Form von Notzucht, Lustmord, Mißbrauch kleiner Kinder, zuweilen Inzest und Bestialität, verhältnismäßig häufig Exhibitionismus. Eine zweite Gruppe ist die der Invertierten, pervers Veranlagten, bei denen Sadismus und Masochismus eine nebensächliche Rolle spielen. Hörigkeit kann zu völliger Unterordnung und Aufhebung des eigenen Willens führen. In diese Gruppe fallen die Homosexuellen. Die Perversion ist angeboren. Zusammentreffen

Digitized by Google

homosexueller Veranlagung mit sadistischem Einschlag führt zu gefährlichster Bestialität. Eine dritte Gruppe ist die der Perversen, Wüstlinge, Entarteten, Lasterhaften, die durch geschickte Verheimlichung meist dem Strafrichter entgehen. Die forensische Prüfung erfordert Beurteilung der Tat, ihrer Art, ihres Umfanges, die jedoch allein nicht gegen die Zurechnungsfähigkeit ins Feld geführt werden können, ferner als Entscheidendes die Beurteilung des Täters. Genaue körperliche Untersuchung und Erforschung der Vorgeschichte bei Invertierten, auch bezüglich verdrängter frühkindlicher Ereignisse. Zu scheiden ist zwischen Perversion und Perversität. Bezüglich eventueller Aufhebung des § 175 wäre durch ausgedehnte Untersuchung festzustellen, ob der Nutzen dieser Gesetzesbestimmung die ihr anhaftenden Mängel aufhebt und ob der aufgebotene Apparat sich lohnt.

E. Levin-Berlin.

Impotency in Young Men. Etiology, Pathology and Treatment (Die Impotenz der jungen Männer. Ätiologie, Pathologie und Behandlung), von W. J. Wallace, Univ. Oklahoma. (J. of Urol., 1925, Bd. 13, Nr. 2, S. 193.) Die Impotenz der jungen Männer ist niemals rein psychisch. Man wird bei genauer Untersuchung immer einige pathologische Veränderungen finden, die man für den psychischen Zustand des Pat. verantwortlich machen muß, wie die Atonie, die Entzündung oder die Syphilis. In die erste Klasse gehören die jungen Leute, die häufig zum Urologen kommen und sich beklagen, daß sie den Beischlaf nicht ausüben könnten ohne daß sie venerisch erkrankt seien. Die genaue Untersuchung ergibt stets einen Anhaltspunkt. Der Penis ist kalt, oder Pat. hat brennende Schmerzen. Er hat morgens oder nach der Defäkation Abgang von Sperma oder nächtliche Pollutionen, denen nervöse Symptome folgen, besonders Depressionen. Die Behandlung bedarf viel Mühe und Takt. Meist handelt es sich um langjährige Onanisten. Die Feststellung der Zeit, wann onaniert wird und wie oft, ist sehr wichtig. Die jungen Männer, die gern heiraten wollen, aber ihr Selbstvertrauen verloren haben, sind meist furchtsam, nervös, reizbar und ängstlich. Objektiv ist der Blutdruck niedrig und die Konstitution subnormal. Der Sphincter ani ist schlapp, die Prostata etwas vergrößert, aber weich, ohne Turgor, oft wird durch Druck keinerlei Schmerz ausgelöst, die Samenblasen sind oft vergrößert, weich und in allgemeiner Atonie. Druck auf die Prostata bewirkt ein freies Ausfließen des Prostatasekretes, die Samengänge haben keine genügende Kraft, es zurückzuhalten. Dieses ist gewöhnlich auch der Grund der Symptome, die den Pat. traurig stimmen. Wenn man diese Pat. zur Mitarbeit bewegen kann, Zeit und Geduld hat, so können diese Pat. völlig geheilt werden. Die zweite Klasse besteht aus jungen Männern, bei denen die lang dauernde Entzündung schon einen Teil der Organe zerstört hat. Da sind eine oder mehrere Strikturen der Urethra, eine Sklerose der hinteren Urethra, eine Vergrößerung oder eine Verdickung oder Atrophie des Verumontanums, eine Striktur der Ductus ejaculatorii, eine Sklerose, Hypertrophie oder knotige Veränderung der Prostata, in deren Folge dann einzelne follikuläre oder parenchymatöse Abszesse entstehen. Eine lang anhaltende Entzündung der Samenblasen kann auch eine narbige Veränderung und narbigen Verschluß der Samenblasen bedingen. So entsteht partielle oder vollständige Impotenz. Die dritte Gruppe der Impotenz ist durch die syphilitische Infektion bedingt. Diese Erkrankung wird meist völlig übersehen, da die Ätiologie meist nicht festgestellt wird. Hier sind es die gummöse Infiltration direkt hinter dem Bulbus oder am Blasenhals, eine gummöse Infiltration der hinteren Urethra mit Verlegung oder Verschluß der Ausführungsgänge aus der Prostata, gummöse Erkrankung des Samenhügels und gelegentlich der Prostata, die die Impotenz bedingen. Eine antiluetische Kur schafft hier schnell Klarheit. Die häufigste Ursache der syphilitischen Impotenz aber besteht in Erkrankungen des Zentralnervensystems, die aber mit einer mehr oder weniger vollständigen Anästhesie der ganzen Blasengegend mit Blasenstörungen einhergeht. Wenn der Pat. bei der Untersuchung der Prostata sowie beim Bougieren der Harnröhre keinerlei Schmerzen angibt, muß die WR, evtl. auch die der Spinalflüssigkeit, ausgeführt werden. Die Neurosyphilis ist eine der Hauptursachen der Impotenz. Bei der ersten Gruppe, den atonischen Fällen, wird eine genaue Anamnese erhoben, dann wird Pat. von Kopf bis Fuß untersucht. Das Gewicht bestimmt, Augenreflexe, Zähne, Tonsillen beachtet. Die Lage der Niere festgestellt, Hernien, Größe und Konsistenz der Hoden. Oberflächen- und tiefe Reflexe untersucht, eine Varikozele und andere Anomalitäten ausgeschlossen. Diese Anomalitäten werden möglichst beseitigt. Die lokale Behandlung besteht in einer Prostatamassage und Massage der Samenblase

Digitized by Google

einen über den anderen Tag, dann in einer Meatotomie, damit das Bougie 30 eingeführt werden kann; dieses Bougie bleibt 10—15 Minuten liegen. Später folgen Instillationen mit Silbersalzen, stets jeden zweiten Tag. Dann folgt die konstitutionelle Behandlung, die in regelmäßigen Mahlzeiten bei nicht zu scharfen Speisen besteht, ferner Übungen zur Stärkung der Perinealmuskulatur, um eine bessere Zirkulation in der Prostata zu bewirken. Hier tuen Hodenextrakte mitunter gute Dienste, Aphrodisiaka aber lehnt Verf. ab. — In einem Falle war die Kürzung des Skrotums und die Operation einer Varikozele notwendig. Bei den entzündlichen Formen der Impotenz führt Verf. ebenfalls ein Bougie 30 ein, und zwar eventuell nach Meatotomie. Bestehen Strikturen, so müssen diese gedehnt werden. Dann folgen die Massagen der Prostata und der Samenblasen, um sie von den bisher retinierten Sekreten zu befreien und die für die Heilung notwendige Durchblutung zu bewirken. Dies bewirkt eine leichte Massage jeden dritten Tag; die meisten Ärzte machen die Massage zu heftig. Bei Inzisionen in den Nebenhoden injiziert Verf. Merkurochrom hinein. Jedem Bougieren folgt eine tiefe Instillation. Jeder Entzündungsherd am übrigen Körper muß beseitigt werden. Die Kur dauert sehr lange, bis über ein Jahr oder länger. Gleichzeitig wird Kaliumjodat in sehr hohen Dosen gegeben. Die dritte Gruppe, die syphilitische Impotenz, bedarf einer energischen antisyphilitischen Therapie. A. Rosenburg-Mannheim.

Der psychogene Tic als Onanieäquivalent, von W. Reich, Wiener psychoanalyt. Amb. (Zschr. f. Sexualw., 1925, Bd. 11, H. 12, S. 302—313.) Psychoanalytische Zergliederung eines Falles, in dem klonischer Zwerchfellkrampf sich als Äquivalent der in frühester Jugend von der Mutter gestraften ersten Onanieversuche erwies. Wiederaufleben der Onanie im Laufe der Behandlung (zahlreiche Traumdeutungen), an Stelle des Tiks, ist zunächst mit Depression und Zwangsgrübeleien verbunden, die sich dann aber auch verlieren. E. Levin-Berlin.

Über die Beziehungen zwischen Sexualität und organischen Nervenkrankheiten, von A. Kronfeld. (Zschr. f. Sexualw., 1925, Bd. 11, H. 11, S. 273—276.) Eine spezielle ätiologische Beziehung des Sexualaktes zur Entstehung organischer Prozesse des Zentralnervensystems existiert nicht, es kann sich nur darum handeln, daß bei zerebralen Arteriosklerotikern die mit der geschlechtlichen Erregung gesetzten Kreislaufveränderungen zu Apoplexien, ebenso auch zu Thromben und Ischämien führen können. Eine größere Rolle spielen die Vorgänge der geschlechtlichen Entwicklung und Rückbildung und die generativen Prozesse des Weibes; besonders bestehen Beziehungen der Schwangerschaft zu Neuralgien und Neuritiden, evtl. Myelitiden, ferner zur Chorea gravidarum, Myasthenie, Tetanie. Das Klimakterium wirkt zum Teil auf dem Wege über die Arteriosklerose und bedingt vasomotorisch-trophische Störungen. Andererseits wirken organische Affektionen des Zentralnervensystems auf die Geschlechtlichkeit; Schädigung des Sexuallebens durch Erkrankungen, die die im Lumbosakralmark gelegenen Zentren der Erektion und Ejakulation des Mannes sowie der Klitorisinnervation und des Orgasmus des Weibes affizieren. Verschiedene Erkrankungen des Rückenmarkes können je nach ihrer Lage Reizerscheinungen oder Funktionsausfälle der Geschlechtsfunktion setzen. Organische Gehirnerkrankungen haben keinen speziellen ursächlichen Einfluß auf die Geschlechtsfunktion. E. Levin-Berlin.

Prophylaxie vénérienne en Orient (Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten im Orient), von Léjine. (Progr. méd., 1924, Nr. 47, S. 726.) Im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten wurden gute Erfolge durch Heranziehung der Prostituierten zu aktiver Mitarbeit erzielt. Alle Geschlechtskranken wurden mit Jodoform behandelt und dadurch den Prostituierten kenntlich gemacht, die Anweisung erhielten, derartige Personen abzuweisen. Ferner wurde ihnen die Besichtigung der Genitalien der sie besuchenden Männer zur Pflicht gemacht sowie nach dem Koitus die Zubereitung von Waschwasser und Bereithaltung von einem Zusatz von Hydrarg. oxycyanat. enthaltender Seife. Schließlich sollten sie die Männer nicht fortlassen, bevor sie ihnen 2—3 Tropfen Argyrollösung eingeträufelt hatten; es soll sich dagegen selten Widerspruch geltend gemacht haben. E. Levin-Berlin.

Prostitution, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Entwurf eines Reichsbewahrungsgesetzes nebst Begründung. (Verlag Heiermann & Dortschy, Berlin 1925.) Kommunalarzt Dr. Loewenstein, Gerichtsassessor Dr. Nathan und Friederike Wicking, Leiterin der Frauenhilfsstelle Berlin, haben

Digitized by Google

im Auftrage des Deutschen Zweiges der Internationalen abolitionistischen Föderation den vorliegenden Entwurf entworfen und begründet. Der Vorstand, von Düring und Anna Pappritz, haben einen Antrag an den Reichstag gerichtet, dem Gesetzentwurf die verfassungsmäßige Zustimmung zu geben. Ein besonderes Bewahrungsgesetz ist erforderlich. Es soll alle die Personen umfassen, die ihrer Veranlagung nach, sowohl im eigenen Interesse als auch in dem der Allgemeinheit, aus der Gesellschaft ausgesondert werden müssen. Das Bewahrungsgesetz hat sich möglichst in die vorhandene Behördenorganisation und in die bestehende Gesetzgebung einzugliedern. Das gegebene Vorbild hierfür ist die reichsrechtliche Regelung des Fürsorgeerziehungsrechtes im Jugendwohlfahrtsgesetz. Auf die einzelnen Paragraphen und ihre Begründung kann hier im einzelnen nicht eingegangen werden. Wer in die schwierige Materie der Bekämpfung der Prostitution und der Geschlechtskrankheiten eingedrungen ist, wird ein solches Bewahrungsgesetz, das in mehreren Entwürfen vorliegt, als einen Angelpunkt fortschrittlicher und neuzeitlicher Regelung empfinden. Aufgeräumt müßte erst einmal werden mit der fossilen und scheußlichen Einrichtung der Reglementierung. Im Anhang zu dem vorliegenden Entwurf wird aus Dirksens wertvoller Arbeit über „Asoziale Familien" in D. Z. f. ö. Ges.-Pflege, 1924, ein kleiner Ausschnitt gebracht, der mahnt, die Arbeiten für ein Bewahrungsgesetz zu beschleunigen und in der Richtung der Beobachtung der aus den asozialen Familien stammenden Personen auszubauen. Nicht streng genug kann zwischen Bewahrung und Verwahrung unterschieden werden. Ref. möchte gerade in bezug auf Dirksens Arbeit die moderne Erblichkeitsforschung in ihren besten Vertretern in großem Umfang für die wissenschaftlichen und praktischen Arbeiten herangezogen wissen, die sich in dem in die menschliche Gesellschaft tief einschneidenden Entwurf eines Beratungsgesetzes anhäufen. E. Delbanco-Hamburg.

Kindliche Prostitution innerhalb der Familie, von Dreyfuß-Ludwigshafen a. Rh. (Zschr. f. Sexualw., 1925, Bd. 12, Nr. 1, S. 30.) Zwei Halbschwestern, 1911 und 1912 geboren, verkehrten zu wiederholten Malen mit dem 17jährigen Bruder gegen Entgelt. E. Levin-Berlin.

Ergebnisse der wissenschaftlichen Untersuchungskommission zur Erforschung der Prostitution in Moskau, von M. Kotljar. (Westnik Sowremennoi Medicinij, 1925, Nr. 4.) Die interessanten Resultate einer unter Leitung von Professoren, von Studentinnen unter den Prostituierten Moskaus im Jahre 1924 angestellten Enquete ergab folgendes: Von 623 Befragten gehörten der früheren Aristokratie 5%, der mittleren Bourgeoisie 4%, der Intelligenz (freie Berufsarten) 5%, der kleinen Bourgeoisie (Schneiderinnen, Weißnäherinnen usw.) 26% und dem Proletariat 60% an. Als Ursache zur Wahl dieses Metiers führten an: Not 51%, Notzucht 25%, Zwang 10%, Genußsucht 6%, andere Anregungen 8%. Die meisten Prostituierten standen im Alter unter 30 Jahren; jedoch begannen die meisten schon vor dem 18. Lebensjahre das Metier auszuüben. Der Nationalität nach waren: Russinnen 32, Deutsche 17, Estinnen 12, Zigeunerinnen 3, alle übrigen zusammen 24. Hinsichtlich der Wohnungsverhältnisse gaben 91% an, nie ein eigenes Zimmer gehabt zu haben, wobei von diesen 537 Mädchen 107 nicht einmal ein apartes Bett besessen hatten, sondern dasselbe bald mit den Eltern, bald mit der Mutter, bald mit Schwestern oder Brüdern, ja auch mit fremden Personen geteilt hatten. Den ersten Koitus hatten 170 Personen vor der Geschlechtsreife, einige bereits im 8. Lebensjahr, 463 nach Beginn derselben, ausgeführt. In bezug auf die wichtige Frage des Zusammenhanges der Prostitution mit Alkohol und Narkotika verneinten 163 eine Beziehung zu diesen, die übrigen, also die überwiegende Mehrzahl, gaben die Neigung zu Spirituosen resp. Narkotika zu. A. Jordan-Moskau.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 44 (Bd. 81) 31. Oktober 1925

Aus der dermatolog. Abteilung des Allg. Krankenhauses St. Georg in Hamburg
(Leiter: Oberarzt Priv.-Doz. Dr. H. Ritter).

Über die Beziehungen zwischen den Verrucae vulgares und den Condylomata acuminata.

Von

Dr. med. Konrad Brandes.

Thibierge hatte 1906 versucht, zahlenmäßig der Frage über die gegenseitigen Beziehungen der spitzen Kondylome und den gewöhnlichen Warzen näherzutreten. Er fand bei wenigstens 25% seiner an Condylomata acuminata leidenden Patienten das gleichzeitige Bestehen von Verrucae vulgares.

Schon vor Jahren hatte Prof. Arning auf seiner Abteilung eine große Reihe von Fällen zusammengestellt, die zu 58% gleichzeitig spitze und gewöhnliche Warzen aufwiesen.

Ein auffallend häufiges Vorkommen dieser Hauterkrankungen ließ es jetzt wieder zweckmäßig erscheinen, erneut an die Frage heranzugehen, dieses Mal auch mit Hinzuziehung histologischer Befunde und Impfversuchen. In bezug auf letztere sei im voraus gesagt, daß die Kontrolle meiner Impfversuche aus nicht vorausgesehenen Gründen nicht durchzuführen war.

Innerhalb von 7 Monaten, während der Zeit ich Gelegenheit hatte, in den einzelnen Stationen der über 400 Betten zählenden Hautabteilung des St.-Georger Krankenhauses jeden einzelnen Patienten nach spitzen Kondylomen zu untersuchen, wurden 38 damit behaftete Patienten festgestellt. Nach Zusammenstellung des Materials zeigte sich, daß von den genannten 38 Patienten 26 = 68,42%, d. h. daß über $^2/_3$ aller mit spitzen Kondylomen behafteten Patienten gleichzeitig Warzen an den Händen, am Gesicht oder auch an den Füßen hatten.

Bei der Untersuchung der weiblichen Patienten fiel mir im Laufe der Zeit auf, daß nur eine Patientin nur Warzen, aber keine spitzen Kondylome aufwies, so daß an einem und demselben Tag eine Gegenzählung gemacht wurde. Es wurden nur die Patienten gezählt, die gewöhnliche Warzen aufwiesen. Gleichzeitig wurden sie auf spitze Kondylome untersucht. Dabei wurde folgender überraschender Befund erhoben. Alle 5 weibliche Patienten wiesen gleichzeitig spitze Kondylome auf, 4 von ihnen an den Genitalien, eine an der Hinterfläche der rechten Ohrmuschel. Von 7 männlichen Patienten hatten gleichzeitig nur 2 spitze Kondylome, und zwar an den Genitalien. Wir sehen auch hier bei einer

Digitized by Google

hohen Prozentzahl von an gewöhnlichen Warzen leidenden Patienten eine gleichzeitige Affektion mit spitzen Kondylomen, wobei hier das weibliche Geschlecht mit 100% ausgezeichnet ist, die 12 Patienten litten alle an venerischen Krankheiten. Wir werden später sehen, welche Rolle den venerischen Krankheiten für die Entstehung dieser Gebilde zukommt.

Lokalisation der spitzen Kondylome:

Bei den 38 Patienten der angefertigten Statistik fand ich die spitzen Kondylome auf den Schleimhäuten der Genitalien und des Anus. Daß aber auch sämtliche andere Schleimhäute hiervon befallen sein können, zeigt nicht nur ein Fall, der mir nach Abschluß der Statistik zu Gesicht kam, sondern auch mehrere Belege in der Literatur. Und hier wird auch mit ganz geringen Ausnahmen auf das gleichzeitige Vorhandensein von gewöhnlichen Warzen hingewiesen. Allasch, Schlasberg, Amman u. a. Autoren beschrieben Fälle, bei denen spitze Kondylome auf der Wangenschleimhaut vorkamen. Nadel sah bei einem 22jährigen Soldaten die ganze Schleimhaut des weichen Gaumens und Rachens mit kleinen rosaroten stecknadelkopfgroßen Knötchen übersät. Auch zwischen Uvula und vorderen Arcus palatoglossus befand sich ein größeres gestieltes Knötchen. Alle diese Effloreszenzen hatten den typisch histologischen Bau eines spitzen Kondyloms, ebenso wie bei einem anderen Fall, das größere Knötchen, das sich zwischen vorderem und hinterem Gaumenbogen zeigte. Sprecher beobachtete 1909 bei einem 9jährigen Kinde in der Nähe der linken Lippenkommissur 6 kleine Papillome, die den typisch histologischen Bau der spitzen Kondylome darboten, und zwar 4 davon an der Oberlippe und 2 an der Unterlippe. Sie bestanden seit 7—8 Monaten und waren an derselben Stelle aufgetreten, wo vorher im Laufe weniger Wochen sich mehrmals ein Herpes labialis ohne nachweisbare Ursache gezeigt hatte. Bei dem Kinde fanden sich außerdem Warzen an den Händen. Der Gedanke, daß sich hier mehrmals ein ziemlich kräftiger Kontakt zwischen den mit Warzen besäten Händen und den juckenden Lippen stattgefunden haben mag, wird wohl nicht abzuweisen sein. Nicht nur der kräftige Kontakt allein scheint von Bedeutung zu sein, sondern auch, daß er durch Zerplatzen der zarten Herpesbläschen eine willkommene Eintrittspforte für etwaige Krankheitserreger schafft. Dies deutet auch Variot an. Er beobachtete bei einem 10jährigen Kinde typische Warzen an den Handrücken und gestielte Papillome an den Augenlidern. Diese letzteren führt er auf Autoinokulation zurück durch Reiben der Augen mit den Fingern.

Plöger stellte in der Münchener Dermatologischen Gesellschaft vom 19. 3. 1914 einen Fall vor, der ebenfalls 6 kleine spitze Kondylome auf der Lippe zeigte. Gleichzeitig fanden sich 2 harte Warzen an den Händen vor.

Prof. Arning zeigte auf einem wissenschaftlichen Abend im St.-Georger Krankenhause am 18. 2. 1922 ein junges Mädchen, das je ein spitzes Kondylom an der Lippe und am linken Daumen trug.

Der in der hiesigen Abteilung befindliche Fall, Kl., 20 Jahre, Matrose von Beruf, kam wegen einer seit 6 Wochen bestehenden Krätze ins Krankenhaus. Er ist sonst immer gesund gewesen. Als Kind keine Warzen. Am Gesicht hat er seit September 1922 eine spitze Warze, und zwar an der Haut- und Schleimhautgrenze an dem unteren Eingang zum rechten Nasenloch. Sie ist etwa erbsengroß, sitzt mit einem nach unten, dem Munde zu gerichteten Stiel auf, der blumenkohlartig aussehende Körper ist etwas nach aufwärts gebogen. Die histologische Untersuchung ergibt den Bau eines spitzen

Digitized by Google

Kondyloms. An der dem Daumen zugekehrten Seite des rechten Zeigefingers in Höhe des ersten Interphalangealgelenks befinden sich 2 dicht aneinanderliegende, etwa linsengroße, durch künstliche Manipulationen abgeflachte harte Warzen. Ihr Entstehen wird um Weihnachten 1922, also etwa 3—4 Monate nach Auftreten des spitzen Kondyloms, angegeben. Auch hier läßt sich ein Zusammenhang finden, wenn man bedenkt, daß Seeleute gern die Breitseite ihres Zeigefingers als Schnupftuch gebrauchen, um mit elegantem Schwung die Nase zu säubern. Auch dieser Patient nannte diese Methode sein eigen.

Die Lokalisation der Warze ist mit Vorliebe an den Händen, doch sind sie auch überall auf der Haut, wie Gesicht, Genick und an den Füßen und Armen, vorzufinden. Zahlreiche Fälle von Warzen an den Füßen werden von Bowen und Wigglesworth beschrieben.

Dr. Jungmann zeigte in der Sitzung der Dermatologischen Gesellschaft vom 6. November 1901 einen 22jährigen Mann vor, der eine Unmenge von Warzen am linken Ober- und Unterschenkel und Fußrücken hatte. Der Patient erinnerte sich, 1 Jahr vorher an einer Stelle des linken Fußrückens, die er sich verletzt hatte, die erste Warze bemerkt zu haben. Kurze Zeit darauf traten, nachdem die erste Warze von einem Arzt exstirpiert worden war, die anderen auf.

Einteilung der Fälle (38):

Da die Gonorrhoe früher als ätiologisches Moment für spitze Kondylome und auch in der Statistik als ein häufiger Mitbefund erschien, wurden die einzelnen Fälle in vier Gruppen eingereiht, und zwar:

I. Gruppe:	Spitze Kondylome und Warzen und Go.	= 10	Fälle
II. „	Spitze Kondylome und Warzen ohne Go.	= 16	„
III. „	Spitze Kondylome und Go.	= 7	„
IV. „	Nur spitze Kondylome ohne Go.	= 5	„

Spitze Kondylome und Gonorrhoe:

Wir sehen also nur bei 17 Patienten mit spitzen Kondylomen eine gleichzeitige gonorrhoische Affektion. Es ist noch nicht allzu lange Zeit her, daß man mit spitzen Kondylomen behaftete Patienten ohne gonorrhoische Affektion als etwas besonderes ansah. Dem Gonokokkus wurde die Fähigkeit zugeschoben, analog der Syphilisspirochäte, die die breiten Kondylome verursacht, diese spitzen Gebilde hervorzurufen. Daß dies nicht der Fall ist, ist durch viele Beobachtungen widerlegt worden. Wir finden auch in der obigen Statistik, daß über die Hälfte der Patienten keine Gonorrhoe haben. Außerdem werden die spitzen Kondylome bei intakten Virgines gefunden. Auch das häufige Befallensein in der Gegend um den Anus allein spricht gegen den Zusammenhang mit Gonorrhoe, da diese Körperregion ohne Mitbeteiligung der Genitalien relativ selten von der Gonorrhoe befallen wird. Daß an die extragenitalen Lokalisationsstellen, die oben durch einige Beispiele gezeigt wurden, von irgendwoher gonorrhoisches Sekret herangekommen sein sollte, ist doch wohl nicht anzunehmen. Man könnte vielleicht annehmen, daß der durch die Gonorrhoe hervorgerufene Ausfluß die Schleimhaut derartig reizt und präpariert, daß auf der mazerierten Stelle spitze Kondylome zustande kommen. Ebenso könnten auch mechanische Reizungen der Schleimhaut zu ihrer Entstehung Veranlassung geben. Diese Anschauung wird von Cronquist und vielen anderen Autoren, wie z. B. Hutchinson, Bumm,

Digitized by Google

Kaposi, Finger, Timm, geteilt. Demgegenüber wird von anderen Autoren hervorgehoben, wie von Kranz, Rasch, Joseph, Matzenauer u. a., daß in einer großen Zahl von Beobachtungen bei bestehenden spitzen Kondylomen weder gonorrhoische noch andersartige Ausflüsse, die zur Mazeration und Reizung hätten führen können, vorhanden waren, so daß man die Entstehung der spitzen Kondylome durch Übertragung zu erklären habe.

Diese beiden Anschauungen sollen später weiter besprochen werden.

Bei den 17 gonorrhoischen Patienten zeigte sich, daß, mit einer Ausnahme, die spitzen Kondylome 2—5 Monate nach der venerischen Infektion auftraten. Diese eine Patientin war 35 Jahre alt. Dies ist um so bemerkenswerter, weil das Alter sämtlicher anderer 37 Patienten zwischen 18 und 24 Jahren schwankte. Diese war schon von Kindheit an an beiden Händen mit Warzen übersät. Ein Jahr bevor sie Gonorrhoe akquirierte. bzw. bevor sie überhaupt Ausfluß hatte, bekam sie spitze Warzen an den Genitalien. Diese Warzen machten ihr viel zu schaffen, da sie jeder Therapie trotzten. Sobald sie mit dem scharfen Löffel abgekratzt wurden. entstanden nach kurzer Zeit wieder neue. Bevor sie ins Krankenhaus kam, war außerdem mit Bestrahlung und kalter Kaustik therapeutisch günstig einzuwirken versucht worden. Bei der Aufnahme wurden zahlreiche spitze Kondylome an den Genitalien sowie überaus zahlreiche harte Warzen an den Händen festgestellt. Auch bei mehreren anderen Patienten, die ebenfalls zahlreiche harte Warzen hatten, traten Rezidive der spitzen Kondylome auf. Bei Patienten, die wenige Warzen an den Händen trugen, und auch diese sogar abgetragen wurden, kamen keine neuen spitzen Kondylome, auch wenn noch so starker Ausfluß bestand. Es erscheint also auffällig, daß bei Menschen, die auch Warzen an der Haut tragen, die einmalige Entfernung von spitzen Kondylomen nicht genügt, sondern daß beide Affektionen gleichzeitig entfernt werden müssen, um einen vollen therapeutischen Erfolg zu erzielen. Diese Tatsache scheint mir ein Hinweis dafür zu sein, daß ein engerer Zusammenhang zwischen beiden Effloreszenzen irgendwie bestehen muß, und daß auch die mechanische oder sekretorische Reizung keine Hauptbedingung für die Entstehung haben kann.

Wenn ein Zusammenhang zwischen diesen beiden Effloreszenzen bestehen soll, so müßte man auch annehmen, daß nicht nur Warzen an der Haut auf die Entstehung von spitzen Kondylomen einen gewissen Einfluß haben, sondern auch umgekehrt, d. h. daß zuerst spitze Kondylome auf irgend eine Weise entstehen und diese auf einen klinischen Zusammenhang mit den später entstehenden Warzen hindeuten. Daß dies der Fall ist, darauf deutet der von mir erwähnte Patient Kl. hin, der die Breitseite des rechten Zeigefingers als Taschentuch benutzte. Auch bei zwei Patienten des zusammengestellten Materials ergibt sich das analoge Bild. Sie sind in die II. Gruppe eingereiht worden, also sie haben die beiden Warzenarten ohne gonorrhoische Affektion.

Wu., 20 Jahre, stets gesund gewesen. Er hatte bis Weihnachten 1921 weder Warzen an den Genitalien noch an den Händen. Eine Schwester und ein Bruder sollen z. Z. der Befundaufnahme Warzen an den Händen haben. Er akquirierte März 1921 eine Lues. Der Primäraffekt war am Orificium externum. Dieser war von mir noch deutlich als Narbe zu erkennen. Weihnachten 1921 bemerkte er an der Harnröhrenöffnung eine

Digitized by Google

Feigwarze, die schnell wuchs und derartig groß wurde, daß sie ihm beim Wasserlassen hinderte. Sie hatte sich nämlich quer über die Harnröhrenmündung gelegt, ihre Wurzel lag an dem Übergang der Narbe zur Schleimhaut der Urethra. Am inneren Vorhautblatt, dicht an der Glans, hatte sich ein Kranz ebensolcher, aber viel kleinerer spitzer Kondylome, die auch später bei weitem nicht die Größe der ersten Effloreszenz erreichten, entwickelt. Bemerkt sei, daß die Vorhaut phimotisch entwickelt war. Ende Mai 1922, also 5 Monate nach der plötzlichen Entwicklung der ersten Feigwarze, kamen an der Innenseite des rechten Daumens mehrere typische kleine harte Warzen zum Vorschein.

Der zweite ähnliche Fall, eine Patientin, die seit ihrem 4. Jahre an Psoriasis litt, erwarb 2—3 Monate nach Entstehung der spitzen Kondylome ihre Warzen an der rechten Hand.

Alle Patienten, bei denen sich die Warzen vorfanden, trugen sie, mit einer Ausnahme, entweder auf beiden Händen oder nur auf der rechten Hand. Und der, welcher sie auf der linken Hand trug, gab auf Befragen an, daß er Linkshänder sei. Es läßt sich also ohne künstliche Manipulationen und Verdrehungen, entsprechend den physikalischen Funktionen der Glieder, ein Kontakt finden zwischen den Lokalisationsstellen der spitzen Kondylome und den Warzen.

Von der Gruppe II (16 Patienten) erwähnte ich zwei Patienten. Als Begleitbefunde wurden nun bei diesen folgendes gefunden: Es hatten

6 Lues II,
1 Lichen pilaris,
2 mäßigen Ausfluß,
1 ausgedehnte Akne vulgaris,
2 Ulcus molle,
1 chronische Stuhlgangsbeschwerden,
1 keinen weiteren besonderen Befund,
1 Psoriasis,
1 war Seborrhoiker.

Bei der Gruppe IV ergab sich:

2 gravide,
1 Bartholinitis,
2 Lues II.

Bei der Aufstellung der Anamnese der mit Lues behafteten Patienten fand sich, daß 3—6—9 Monate nach einer luischen Infektion die spitzen Kondylome auftraten. Weiter wurde auch der bei dem Patienten Wu. gemachte Befund bestätigt, daß nicht auf der mazerierten oder vernarbten Stelle des einstigen Primäraffektes, sondern an der Übergangsstelle zur normalen Schleimhaut sich zuerst die spitzen Kondylome entwickelten. Diesen Befund halte ich deswegen für so bemerkenswert, weil damit angedeutet wird, daß nicht auf der stark geschädigten Haut, sondern auf den dicht daneben liegenden, augenscheinlich kaum geschädigten Hauptpartien sich diese Gebilde entwickeln. Diesen Befund wird man zweifellos auch bei den Fällen erheben können, die mit starkem Ausfluß verbunden sind. Daß dieser Befund den histo-

Digitized by Google

logischen Untersuchungen entspricht, wird später gezeigt. Der zweite Patient, an dem ich einwandfrei die Lokalisation der spitzen Kondylome an der Übergangsstelle nachweisen konnte, ist folgender:

Wa., 24 Jahre, männlich, Luesinfektion im Mai 1921. Vernarbter Primäraffekt am inneren Vorhautblatt. Seit Kindheit hatte er eine harte Warze an der Außenseite des rechten Mittelfingers gehabt. Oktober 1921 habe er versucht, diese Warze mit „Warzentod" zu beseitigen. Diese Stelle hätte nun stark geblutet. Im November 1921, also nach ungefähr 4 Wochen, entwickelten sich an der Außenseite des Mittelfingers 2, an der des Ringfingers 1 kleine Warze, die sich schnell vergrößerten, aber nicht die Größe der Ausgangswarze hatten. Diese Neubildungen stellten den Typ der harten Warze dar und sollen ähnlich wie die Ausgangswarze aussehen. Im April 1922, etwa 5 Monate nach der Manipulation am Finger, schossen am inneren Vorhautblatt mehrere kleine Feigwarzen hervor, von denen ich mich überzeugen konnte, daß sie dicht um den alten Primäraffekt standen.

Co. bietet folgendes Interessantes:

Als Kind habe er massenweise Warzen an beiden Händen gehabt. Sie seien aber vor längerer Zeit durch Behandlung mit irgend einem Salz verschwunden. Luesinfektion im Mai 1922, 2 Monate später seien plötzlich nicht nur zahlreiche harte Warzen — angeblich dieselbe Art — an den Händen, sondern auch Feigwarzen, die dicht am Primäraffekt sitzen, emporgeschossen. Welche nun von beiden Arten zuerst sich zeigte, konnte leider Patient mit Bestimmtheit nicht angeben. Das Auffallende ist hierbei außer der Lokalisation, daß zu gleicher oder fast gleicher Zeit zwei anscheinend verschiedene Gebilde auf der Haut und auf der Schleimhaut erscheinen. Ist es denn unbedingt nötig, anzunehmen, daß hier jedesmal ganz verschiedene Komponenten tätig sein müßten, um schließlich in ihrem Aufbau ähnliche Gebilde hervorzubringen?

Ein anderer Fall zeigt folgendes:

Ja., 24 Jahre, 1908 Luesinfektion. P. A. nicht mit Sicherheit festzustellen. Seit 1916 zwei harte Warzen am rechten Mittelfinger, und zwar direkt unter dem Fingerballen. Im Februar 1922 habe er versucht, die beiden Warzen mit der Schere abzuschneiden. Bei diesem Versuch hätten die beiden Stellen stark geblutet, außerdem waren sie, wie der Befund zeigte, nur mangelhaft entfernt worden. Schon vorher im Januar habe er starkes Jucken im After gehabt und hätte oft versucht, sich durch Reiben mit seinem Mittelfinger Linderung von Juckreiz zu verschaffen. Er habe dies auch getan zu der Zeit, als er die Manipulation am Finger vornahm. Der Befund zeigte am After mehrere und auch am Orificium externum, an der Übergangsstelle zur Schleimhaut der Urethra, ein spitzes Kondylom, die er zu gleicher Zeit, Anfang April, etwa 2 Monate, nachdem er die Warzen mit der Schere zu bearbeiten suchte, bekam.

Es sei noch kurz ein weiterer Patient erwähnt, der keinerlei Krankheitserscheinungen aufwies, als daß er an chronischer Stuhlgangsverstopfung litt. Einige Monate, nachdem er sich die Warzen an den Fingern abgebissen hatte, welcher Vorgang natürlich mit Blutungen vor sich gegangen war, erschienen am inneren Vorhautblatt und am Anus zahlreiche kleinste spitze Kondylome.

Die Zusammenstellung der Patienten hat ergeben, daß über $^2/_3$ der mit spitzen Kondylomen behafteten Patienten gleichzeitig Warzen an den Händen, am Gesicht oder Füßen hatten. Die Warzen sitzen auf der Haut, während die spitzen Kondylome fast immer auf der Schleimhaut gefunden werden. Bei den Warzen handelt es sich teilweise um plane, teils um die gewöhnlichen papillomatösen Warzen. Bei den ausführlicher angegebenen Fällen hat es sich auch, wie angegeben, um die gewöhnlichen papillomatösen, die sog. harten Warzen gehandelt. Andere Warzenarten, als die beiden angegebenen, sind in der Statistik nicht mit enthalten. Ich habe mich den Ausführungen von JADASSOHN angeschlossen, daß eine Verschiedenheit der planen und der gewöhnlichen papillomatösen Warzen nicht erwiesen ist. Sogar die histologische Untersuchung läßt Differenzen zwischen beginnenden — noch planen — vulgären und zwischen typischen planen nicht erkennen, wie auch HERXHEIMER, der

Digitized by Google

für die Sonderstellung der Verrucae planae eingetreten ist, selbst zugibt. Außerdem kommen ferner zwischen typischen planen und zwischen papillomatösen Warzen andere vor, die eine Art Übergang zwischen beiden darzustellen scheinen und die Jadassohn als Warzen „mit mosaikartiger Felderung" bezeichnet hat. Auch die Unterschiedlichkeit durch den Erfolg der Arsentherapie bei den planen und ihre Erfolglosigkeit bei eventuell zugleich bestehenden papillomatösen Warzen ist nicht stichhaltig. Sie ist von mehreren Autoren nicht mehr aufrechterhalten worden. Hierzu behauptet Blaschko, daß eine typische Wiederkehr besonderer klinischer Eigenschaften derjenigen Warzen, die unter dem Gebrauch von Arsen verschwinden, gegenüber den „andern" nicht zu konstatieren ist. Ich habe selbst bei einem 15jährigen Mädchen gesehen, das massenhaft Warzen an beiden Händen hatte, wie einzelne plane im Laufe der Zeit in papillomatöse übergingen. Aus diesen Gründen hatte ich mich entschlossen, keinen wesentlichen Unterschied zwischen beiden zu machen.

Daß die Verrucae vulgares übertragbar sind, hat Jadassohn im Jahre 1896 in einer einwandfreien Weise bewiesen. Seine Inokulationstechnik bestand darin, daß kleine Warzenstückchen in möglichst oberflächliche Epidermistaschen gebracht und mit Gaze und Zinkoxydpflastermull bedeckt wurden. Diese Stücke waren etwa 24 Stunden später nicht mehr zu sehen. Nach 6 Wochen bis 5, ja bis 8 Monaten entwickelten sich die kleinen Warzen, die immer größer wurden. Das histologische Bild glich dem der Ausgangswarze. Bei diesen Inokulationen war die Blutung gering, oder sie fehlte meist. Von den 74 Inokulationen an den Händen, die in 15 Versuchsreihen vorgenommen wurden, ergaben 33 ein positives Resultat. Zur gleichen Zeit berichten Variot und de finf Licht über gelungene Inokulationsversuche. Somit hatte die experimentelle Wissenschaft dem alten Volksglauben recht gegeben, daß die Warzen durch Ansteckung entstehen, daß sie sich durch Autoinokulation beim selben Individuum verbreiten und von einem Menschen auf den andern übertragbar sind. Bei mehreren der Patienten, die in die Statistik mit aufgenommen sind, ergab sich, daß manchmal nicht nur der Bruder oder die Schwester an Warzen litt, sondern daß sämtliche Familienmitglieder, einschließlich der Eltern, die Gebilde trugen. Diese Familienepidemien finden sich auch in der Literatur beschrieben.

Den ersten Übertragungsversuchen sind bald recht zahlreiche gefolgt, wie z. B. von Tuccio, Giuffo (beide mit nach 5 Monaten positiven Erfolgen), Waelsch, Lanz u. a. m. Ebenso wurde die Übertragbarkeit der planen Warzen bewiesen. Es wurde nicht nur von Mensch zu Mensch überimpft, sondern auch von Tieren auf Menschen. So berichtet Schulz über die gelungene Übertragung von Warzen von Kühen auf Menschen. Verkleinertes Warzenmaterial von einer Kuh wurde in oberflächliche epidermoidale Taschen am Handrücken verimpft. Nach der ungemein langen Inkubationszeit von 3 Jahren entwickelten sich in einem der geimpften Fälle an den 4 Impfstellen typische Warzen. Schindelke berichtet in seinem „Handbuch der Hautkrankheiten bei Haustieren" über experimentelle Übertragungen von Warzen von Tier auf Tier, die wiederholt mit Erfolg durchgeführt worden sind.

Digitized by Google

Es ist nicht nur Übertragung vom Lebewesen zu Lebewesen, sondern auch von Gegenständen auf Lebewesen möglich. So berichtet Carl Stern über eine Warzenübertragung durch gemeinschaftlichen Gebrauch eines Handtuches. Zur Aufklärung der Übertragbarkeit von gewöhnlichen Warzen wurden von den Autoren zwei Möglichkeiten angenommen:

1. die Übertragung durch ein lebendes Virus;
2. die Übertragung durch auf die Impfstelle gebrachte Gewebspartikelchen.

Daß es sich tatsächlich um die Übertragung durch ein lebendes Virus handelt, bewies Kingery durch seine experimentellen Versuche im Jahre 1921. Er verrieb im Verein mit Wille gewöhnliche Warzen nach Exkochleation mit Kochsalzlösung. Dieser Brei wurde durch einen Berkefeld-Filter filtriert und das Filtrat nach vorherigem Nachweis der Sterilität einem von Warzen völlig freien Individuum subkutan injiziert. Nach 4—8 Wochen entwickelten sich an der Injektionsstelle typische Warzen. Diese wurden, nachdem sie wiederum als Brei durch den Berkefeld-Filter geschickt wurden, in eben derselben Weise weiter verimpft, mit dem Erfolge, daß nach 6 Monaten sich wieder Hyperkeratosen, die klinisch und histologisch vollständig den Verrucae vulgares entsprachen, entwickelten. Kingery schloß daraus, daß die Übertragung durch ein die feinsten Filter passierendes Virus verursacht wird, wobei die Inkubationszeit bei der zweiten Überimpfung wesentlich größer ist als bei der ersten.

Bevor diese experimentellen Versuche bekannt waren, hatten mehrere Autoren auf die parasitäre Übertragung auf Grund therapeutischer Erfolge energisch hingewiesen. Ich möchte sie kurz erwähnen, da diese Gründe ebenfalls auf die parasitäre Kontagiosität oder spitzen Kondylome schließen. Ritter hatte mehrere Warzen durch Stauungsbehandlung zum Verschwinden gebracht. Diese Gebilde wurden allmählich unter dem Einfluß der serösen Durchtränkung weicher, faserten sich auf und heilten ohne Narben ab. Da diese heilende Wirkung der Hyperämie bei anderen Geschwülsten infektiöser Natur, z. B. tuberkulöser Affektionen vorkommt, so hielt Ritter diese Versuche für einen Beweis, daß die Warzen durch Infektion entstehen. Von mehreren Autoren wurde hingewiesen, daß die Arsenverbindungen, wie Salvarsan, die Warzen zum Verschwinden brachten. Ziegler weist nach seinen erfolgreichen Versuchen mit Quecksilber und Arsen darauf hin, daß es sich bei den planen Warzen und den spitzen Kondylomen um eine Infektionskrankheit handelt, die, wie die Lues, nicht nur auf As, sondern auch auf Hg reagiert.

Auch harte Warzen reagieren auf Salvarsan. Siemens versuchte Salvarsan direkt auf die Warzen einwirken zu lassen. Er spritzte eine entsprechend verdünnte Neosalvarsanlösung (0,15:40—0,15:15 Neosalvarsan in physiologischer NaCl-Lösung) mit einer 1-ccm-Pravazspritze in die Warze ein und infiltrierte mit 1—$1^1/_2$ Teilstrichen die Warzen bzw. das unter ihnen befindliche Gewebe.

Auch daß gewisse Desinfektionsmittel harte Warzen zum Verschwinden bringen, ist bekannt. So machte Arning auf die erfolgreiche Behandlung mit Kreolinbädern aufmerksam. In der früheren Zeit, als die Instrumente mit Kreolin gesäubert wurden, wurde für kurze Zeit ein bei Prof. Arning angestelltes Mädchen hiermit beauftragt. Die beiden Hände

Digitized by Google

des jungen Mädchens waren mit harten Warzen übersät. Nach kurzer Zeit waren die Warzen zu seiner großen Überraschung plötzlich verschwunden. Zur Behandlung wird gegeben: Kreolin $^1/_2$ Teelöffel auf 1 Liter 40° heißen Wassers zu täglichen Handbädern von 10 Minuten Dauer, nachher Ung. praecip. alb.

(Schluß folgt.)

Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin (Dirig. Arzt: Prof. Dr. Buschke).

Über den Zusammenhang des Pemphigus vulgaris mit Veränderungen im Nervensystem (anatomische Veränderungen im Zwischenhirn).

Von

Prof. Dr. A. Buschke und Dr. Helene Ollendorff.

Die Theorie von der nervösen Genese des Pemphigus (P.), die zu Ende des vorigen Jahrhunderts starke Geltung hatte, stützt sich einmal auf die Kenntnis von Beziehungen zwischen Erkrankungen des Nervensystems (in seinen verschiedenen Abschnitten) und Blaseneruptionen an der Haut. Davon ausgehend supponierte man für den P. Störungen im Nervensystem. Zum andern und hauptsächlich aber galt die nervöse Genese des P. für bewiesen durch den Nachweis pathologisch-anatomischer resp. histologischer Veränderungen im Nervensystem. Dieser Richtung, die den P. als Trophoneurose auffaßte, wurde von Eppinger, Westberg u. a., trotz ihrer eigenen positiven Befunde, entgegengehalten, daß die pathologisch-anatomischen Befunde am Nervensystem, die beim P. erhoben wurden, nichts Charakteristisches böten und sicherlich nichts mit der Ätiologie des P. zu tun hätten. Weiterhin wurde von anderer Seite eingewandt, daß bei einer äußerst großen Anzahl von P.-Fällen die Sektion keinerlei Anhaltspunkte für ein nervöses Leiden ergeben hätte. Bei genauerer Prüfung der Literatur ergibt sich, daß die Untersuchung des Nervensystems bei Eppingers, Westbergs und den meisten auf ihr Nervensystem hin untersuchten Fällen, über die wir im einzelnen weiter unten berichten, nicht vollständig war, sei es, daß gewisse Abschnitte des Nervensystems unberücksichtigt blieben, sei es, daß nicht immer der makroskopischen auch die mikroskopische Untersuchung folgte. Wir möchten im folgenden über positive Befunde im Nervensystem beim P. an einer Stelle, wo unseres Wissens bisher keine Befunde beim P. erhoben worden sind, nämlich dem Zwischenhirn, berichten. Wir sind auch geneigt, diesen Befunden gewisse ätiologische Bedeutung zuzuerkennen. Nach den Vorstellungen, die man sich von den Vorgängen, die zu Blasenbildungen führen, gemacht hat, wäre beim P. eine Störung der sympathischen Zentren als krankheitsauslösendes Moment wohl denkbar. Dazu kommt, daß einige klinische Beobachtungen beim P. mit der Annahme einer im Zwischenhirn vorhandenen Grundstörung in Einklang zu bringen wären.

Ehe wir näher auf unsere Befunde eingehen, möchten wir einen kurzen Überblick über die Erkrankungen des Nervensystems geben, bei denen Blaseneruptionen beobachtet worden sind, und dann die Befunde am Nervensystem erwähnen, die bisher beim P. erhoben wurden.

Angaben über „psychogenen P." finden sich mehrfach schon bei älteren Autoren (von Schwimmer zitiert). Er führt Fälle von Frank, von Gilbert, der 1813 als erster in seiner Monographie der Idee, daß für alle Arten des P. das krankheitserzeugende Moment im Nervensystem liege, Ausdruck gegeben hat, von Gignoux, Gailleton und von Landgraf an. Diese Autoren haben die Beobachtung gemacht, daß Blasenbildungen speziell im Anschluß an hysterische Anfälle, Epilepsie und Geistesstörungen zu beobachten seien. Wiederholt haben auch

Digitized by Google

neuere Autoren bei Hysterischen Blasenbildungen gesehen oder gar selbst hervorgerufen (KOHNSTAMM und PINNER, vor allem KREIBICH und DOSWALD, GROVER W. WENDE und PUTNAM, HELLER und SCHULTZ)[1]). Zu den Mitteilungen über die psychogenen Blasenaffektionen sei bemerkt, daß nicht alle Fälle einer strengen objektiven Kritik standhalten, und daß insbesondere über die dabei sich abspielenden Vorgänge noch keine einheitliche Ansicht unter den Autoren besteht. Jedoch ohne Zweifel gibt es Fälle von psychogenen Blasenbildungen.

Zu derartigen Blasenbildungen sind für gewöhnlich mehrere Stunden erforderlich. Entsteht jedoch schon nach einigen Minuten eine Blase, so muß sie, analog der Kutisquaddel, durch vasodilatatorischen Einfluß bedingt sein (DOSWALD und KREIBICH). Nach TOUTON kommt der P. hystericus durch Autosuggestion zustande. Während HELLER und SCHULTZ eine besonders hohe vasomotorische Erregbarkeit der Versuchspersonen zum Gelingen dieser Suggestionsversuche nicht für erforderlich halten, führt GRUMACH die sicher beobachteten psychogenen Hautaffektionen, wie den P. usw., „auf eine durch höhere Labilität im vegetativen Nervengebiet bedingte abnorme Reaktion auf geringfügige oder an sich unwirksame Anlässe zurück". Als Transformator zwischen psychischem und physischem Geschehen träte der Sympathikus in die Erscheinung (STERN). KREIBICH gewinnt aus seinen experimentellen Studien über die hypnotische Blasenbildung mit Entzündung den Eindruck, daß diese Vorgänge als Reflex, besser noch als „Spätreflex" zu deuten seien, wobei das psychische Geschehen die afferenten Reflexkomponente darstellt. Der Ort der Erregung der Vasomotoren liegt im Rückenmark, wahrscheinlich in den Ursprungsstellen des Sympathikus. Für den Reflexvorgang der Blasenbildung und Entzündung spricht u. a. die relativ große Unabhängigkeit der vasomotorischen Veränderungen vom Ort der Reizung (KREIBICH). Die gleiche Auffassung über den Sitz der zu Blasenbildungen führenden Vorgänge hat schon KAPOSI, der in seinem Fall eine allmählich bis auf vasomotorische Zentren im Rückenmark übergreifende aufsteigende Irritation der peripheren Nerven annimmt. Ähnliche Vorgänge im Nervensystem, durch welche biologische Hemmungen in Fortfall kommen, vermutet BOCKHOLT in seinem Fall von P. foliaceus und Trauma.

Häufig sind Blasenbildungen im Verlauf peripherer Nervenerkrankungen. LELOIR berichtet über mehrere Fälle von Nerven-, speziell Medianusverletzungen mit Blaseneruptionen in den von diesen Nerven innervierten Gebieten. Im Falle SANDERS treten bei einer Neuritis des N. medianus außer Blasen auch andere trophische Störungen auf. LELOIR führt ähnliche Beobachtungen von PAGET, ROMBERG, WEIR-MITCHELL und anderen Autoren an. Die Blasen treten meist in rezidivierenden Schüben auf. CHARCOT und einige andere Autoren führen die pemphigoiden Eruptionen auf Zerrung oder Komprimierung von Nervenfaden im Narbengewebe zurück.

Bei den Affektionen der Spinalganglien, die von Blasen begleitet werden, sei hier auf den Herpes zoster, der im weiteren nicht mehr berücksichtigt werden wird, kurz hingewiesen.

Was die Rückenmarksaffektionen anlangt, so ist ihre Koinzidenz mit Blaseneruptionen an der Haut bei den einzelnen Krankheiten verschieden häufig. Bei der progressiven Muskelatrophie sind von BALMER Blasenbildungen beschrieben worden, die B. mit dem Vorhandensein einer Degeneration des Grenzstranges, seiner Ganglien und Äste, oder einer funktionellen Störung seiner vasomotorischen und trophischen Zentren erklärt. Bei der Lateralsklerose sind wenige Tage vor dem Tode von DÉJERINE pemphigoide Eruptionen beobachtet worden, sie sind aber verhältnismäßig selten. CHVOSTEK sah zweimal einen P. acutus sich unter myelitischen Symptomen entwickeln. Die Bedeutung der Blaseneruptionen als Symptom eines spinalen Prozesses wird bei dieser Gelegenheit von CHVOSTEK als erstem hervorgehoben. Erwähnt sei auch ein Fall BROWN-SÉQUARDs und CHARCOTs von P. im Verlauf akuter Spinalmeningitis. GRUMSHAW hat P. bei Zerebrospinalmeningitis beobachtet. FRIEDREICH sah bei verschiedenen Rückenmarkserkrankungen, auch solchen mit traumatischen Ursachen, erythematöse und bullöse Ausschläge. QUINQUAUD beschreibt eine unklare Dermatitis (pemphigusartigen Charakters), ver-

[1]) Mehrere derartige Fälle von bullösen Dermatosen bei Hysterischen, wo Simulation mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte, wurden auch auf der X. Versammlung der Italien. Dermat. Gesellschaft demonstriert.

Digitized by Google

gesellschaft mit myelitischem Prozeß. Größere Bedeutung hat ein Fall Jarischs gewonnen, der unter dem Bild von Knötchen- und Bläscheneruptionen vom Scheitel bis zum Nabel verlief. J. bezeichnet die Affektion als Herpes iris. Es fanden sich vom 3.—8. Brustwirbel anatomische Veränderungen im Rückenmark, und zwar: Auflockerung und symmetrische Höhlenbildung der hinteren und mittleren Teile der Vorderhörner. (Allerdings hat J. ähnliche Veränderungen auch beim Lupus erythem., bei Psoriasis vulgaris und bei Syphilitikern gefunden, und die Untersuchungsergebnisse des oberen Falles sind zum Teil bedingt durch kadaveröse Veränderungen, worauf P. Meyer ausdrücklich hinweist, so daß es überhaupt fraglich ist, ob diese Untersuchungsergebnisse mit verwertet werden können.) Irsai und Babesiu gingen experimentell den Zusammenhängen von Rückenmarksveränderungen und Blaseneruptionen nach. Sie verletzten das Rückenmark junger Hunde durch Einspritzung entzündungserregender Flüssigkeit. Dabei zeigte sich im einzelnen, daß Läsionen der Spinalganglien und deren Nerven ohne Rückenmarksverletzungen keinerlei Hautkrankheiten zur Folge hatten, und daß bei einseitigen Verletzungen des Rückenmarks nur entsprechende Lähmungen folgten. Nur wenn es nach Verlauf einiger Tage zu Entzündungen kam, erschienen auf derselben Seite kurz bestehende Bläschen. Pathologisch-anatomisch fanden sich im verletzten Rückenmark 6—10 Tage nach dem Eingriff: Sklerose, und oberhalb der Läsion im Vorderhorn: Höhlenbildung. Die Hohlräume waren durch Zerfall und Konfluenz des in ein dichtes Neuroglianetz eingeschlossenen Parenchyms und durch Gefäßveränderungen entstanden.

Spärlich hat man bisher Blasenbildungen bei Tabes beobachtet, häufiger wieder bei der Syringomyelie. W. Fischer konnte bei einem Fall von sich langsam entwickelnder Syringomyelie verfolgen, wie in unregelmäßigen Intervallen ulzeröse und bullöse Störungen an den oberen und unteren Extremitäten und der Brust auftraten. In einem von Milian und Lelong mitgeteilten Fall von S. mit klassischen Symptomen erschienen schubweise an beiden Unterarmen und an meist symmetrischen Körperstellen bis fünfmarkstückgroße Blasen. Verff. ziehen, wenn auch in diesem Falle das lokalisierte symmetrische Auftreten nicht für Pemphigus, sondern für pemphigoide Eruptionen bei Syringomyelie spricht, gerade aus der Koinzidenz Schlüsse auf die Pathogenese gewisser echter P.-Formen. Hier wie dort würde als Ausgangsherd eine Affektion der grauen Substanz, und zwar speziell der sympathischen Zentren, eine Rolle spielen. Diese Auffassung hatte schon früher Benedikt vertreten und speziell eine Affektion der kleinen Zellen der Hinterhörner für die trophoneurotischen Hautaffektionen bei Spinalerkrankungen verantwortlich gemacht. Eine weitere Bestätigung der „myelopathischen" Genese der Blaseneruptionen liefert eine Beobachtung Gastons, der bei Duhring Veränderungen der grauen Substanz, speziell des Tractus intermedio-lateralis und der Clarkeschen Säule, fand. Bei Syringomyelie haben auch Oppenheim, Schultze, Nissen, Neil-Sinclair, Hoffmann und Bernhard (zitiert von Schlesinger) Blasenbildungen gesehen.

Zu diesen eben genannten spinalen Affektionen, die von Blaseneruptionen begleitet sein können, kommt noch eine Reihe zerebraler hinzu. Oft werden bei der progressiven Paralyse größere Blasenbildungen (besonders bei Anfällen und ante exitum) gesehen (O. Fischer, Zahn und Kreibich). Kreibich schließt nun gerade aus dem öfteren Auftreten der Blasen bei Paralytikern auf einen Zusammenhang der Hautveränderungen mit Vorgängen im Zentralnervensystem. Er macht auch in diesen Fällen funktionelle Reizungen des Sympathikus, die von den verschiedensten Stellen des zerebrospinalen Nervensystems ausgelöst werden können, für die Blasenbildungen verantwortlich.

In den Hypothalamus lokalisiert Edmund Adler den zentralen Krankheitsherd bei einem Fall epidemischer Enzephalitis mit allmählich geschwürigen Charakter annehmenden Blaseneruptionen. Unter den verschiedenen, bei Encephal. epidem. vorkommenden vasomotorischen Störungen interessiert uns noch eine Beobachtung Beaussarts von Erythem und folgender vesikulo-squamöser Eruption. Hier verdient auch ein von Pifl operierter, von Br. Fischer beschriebener Fall von Akustikustumor Erwähnung. Nach der Operation des rechtss. Tumors Schmerzen und Ausbildung einer mächtigen Blase am linken, später auch am rechten Fußrücken. Br. Fischer glaubt, daß bei dieser Operation Vorgänge im Pons und teilweise auch Zwischenhirn bzw. Läsionen der vegetativen Bahnen der Brücken-

Digitized by Google

haube als Ursache für die Blaseneruptionen in Betracht kommen. Ein zweiter, mit Blasenbildungen einhergehender, von Br. Fischer beschriebener Fall ergab bei der Sektion Karzinommetastasen in Gehirn und Rückenmark. Ein dritter Fall mit zahlreichen Blasen an der gelähmten Körperhälfte verlief ähnlich wie ein von Herm. Schlesinger beschriebener Fall: mächtige Blaseneruptionen an der gelähmten Seite in unmittelbarem Anschluß an die Lähmung. Ähnliche Beobachtungen hat Brissaud (von Chvostek zitiert) gemacht, nämlich: linksseitige Blaseneruptionen auf dem Rumpf einer links gelähmten Frau.

Schlesinger hält im übrigen — wie auch Rosenthal — den Versuch für berechtigt, die Blaseneruptionen bei Erkrankungen des Zentralnervensystems (Z.n.s.) vom P. als zu diesem nicht zugehörig abzutrennen. Kurz zusammengefaßt, bestehen die Differenzen dieser beiden Arten von Blaseneruptionen nach Schlesinger in folgendem:

Bullöse Hauteruptionen bei Affektionen des Z.n.s.: Lokalisiertbleiben, keine Generalisierungstendenz, Bevorzugung bestimmter Körperstellen, z. B. der oberen Extremitäten, evtl. Halbseitigkeit, relatives Freibleiben der Kopfhaut, Begleitetsein von Sensibilitätsstörungen und ausgesprochenen anderen Hautveränderungen oder vasomotorischen Störungen (Ödeme). Umgekehrtes Verhalten zeigt der Pemphigus. Außerdem ist er — alles dies im Gegensatz zu den Blaseneruptionen bei Affektionen des Z.n.s. — häufig von Erkrankungen innerer Organe begleitet[1]), läßt dagegen eine schwere organische Nervenstörung vermissen, ist prognostisch ungünstig, das Nikolskysche Phänomen ist positiv, die Zahl der Blasen ist groß.

Den P. als Krankheit sui generis gegen mit Blaseneruptionen verlaufende Erkrankungen des Z.n.s. abzugrenzen, hat somit die vollste Berechtigung. Mit dieser Trennung ist jedoch nichts gegen die nervöse Genese des P. bewiesen. Wir möchten z. B. die Differenz in der Verteilung der Blaseneruptionen auf der Haut durch den verschiedenen Sitz der Affektion im Nervensystem erklären. Spinale Affektionen führen (vgl. den Herpes zoster) zu begrenzt lokalisierten Eruptionen an der Haut. Bei Befallensein eines übergeordneten Zentrums resultieren disseminierte Hautstörungen. Schlesinger selbst vermutet „trophische" Einflüsse des Gehirns. Und besonders Kreibich gibt die Möglichkeit der Entstehung bloß exsudativer Blasen, wie z. B. bei den verschiedenen Formen des P., durch zentrale Einflüsse zu.

Wir gehen nun dazu über, die Befunde, die beim P. am Nervensystem erhoben wurden, anzuführen. Die Literaturangaben hierüber sind spärlich. Es ist die Regel, daß bei der Sektion P.-Kranker das Nervensystem ohne gröbere Veränderungen gefunden wird. Die meisten derartigen negativen Sektionsbefunde, wie auch wir sie bisher immer erhoben, da wir erst jetzt auf die Rolle des Nervensystems aufmerksam geworden sind, gelangen nicht erst zur Veröffentlichung (jedoch siehe z. B. W. M. Kraus: Zwei Fälle von chronischem P. mit negativen Ergebnissen bei Untersuchung des Nervensystems). Ob in jedem der veröffentlichten Fälle das gesamte Nervensystem durchgesehen und histologisch untersucht wurde, bleibt dahingestellt. In vielen — meist passageren — Fällen dürfte es sich auch nur um anatomisch nicht nachweisbare funktionelle Störungen im Nervensystem, zu denen es evtl. durch Vermittlung der Drüsen mit innerer Sekretion kommt, handeln (z. B. bei den seltenen Fällen von echtem P. bei Schwangerschaft oder bei dem ähnlichen Herpes gestationis). Schlesinger findet histologisch das Rückenmark bei drei zur Sektion gelangten P.-Fällen der Kaposischen Klinik intakt. Bei diesen und einigen anderen P.-Fällen ergab auch während des Lebens die klinische Untersuchung keinen Anhaltspunkt für eine Erkrankung des Rückenmarks.

Von anderen Verff. liegen nun positive, und zwar erhebliche Befunde speziell am Rückenmark P.-Kranker vor. Babes untersuchte histologisch einen Schwimmerschen Fall, dessen Rückenmark makroskopisch keine Veränderungen bot. Mikroskopisch fanden sich:

Sklerose der Gollschen Stränge, Zellwucherungen der Gefäße der hinteren Hörner und Wurzeln sowie der Hinter- und Seitenstränge. Der hintere Seitenstrang zeigt vom Halsteil nach abwärts immer stärker werdende Neurogliawucherung. Im

---

[1]) Was unseren Erfahrungen nicht entspricht. Der Tod erfolgt fast immer durch Pneumonie oder Embolie, also durch „rein terminale Erscheinungen des durch das Grundleiden geschwächten Organismus" (Eliassow und Sternberg). Seltener gehen die Patienten an Sepsis zugrunde.

Digitized by Google

oberen Rückenteil Atrophie des rechten Vorderhorns. Die Rarefikation nimmt im oberen Lendenteil die peripheren Abschnitte, im oberen Rückenteil den ganzen Umfang des Rückenmarks ein.

Bei einem stürmisch verlaufenden P.-foliaceus-Fall sieht P. Meyer recht ähnliche Veränderungen im Nervensystem, die absolut latent geblieben waren:

Sklerosierung der Gefäße und des interstitiellen Gewebes, die zu völliger Kompression und Verödung der Nervenröhre führte. Am stärksten sind die Gollschen Stränge, besonders an der hinteren Kommissur, disseminiert nur die Burdachschen Stränge betroffen. Vermehrung des interstitiellen Bindegewebes findet sich nur in der Nähe der hinteren Wurzeln im unteren Dorsal- und oberen Lendenmark. Außerdem wurde in kleineren subkutanen Nerven eine große Zahl degenerierter Fasern gefunden.

Es ist nun wiederum sehr beachtenswert, daß Eppinger, Westberg u. a. die Befunde, die sie selbst beim P. im Rückenmark erheben, für ätiologisch nicht verwertbar halten.

Eppinger sieht im Gebiet der Blasen und in allernächster Nähe:

Perineuritische Erscheinungen an den Hautnerven. Im Rückenmark von drei der sechs untersuchten Fälle werden einmal kalkige Infiltrationen der Ganglienzellen speziell im Vorderhorn, im zweiten Falle intermeningeale Hämorrhagie mit Kompression der Hinterwurzeln gefunden. In einem dritten Falle (76jähr. Frau) bemerkte er eine Menge von Corpora amylacea, außerdem hyaline Degeneration der Gefäße, Thrombose der kleinen Gefäße der grauen und weißen Substanz.

Westbergs Rückenmarksbefunde sind geringfügiger:

Im oberen Brustmark abnorm helle Färbung der weißen Substanz, tiefer unten nur des linken Seitenstranges; die Randzone der Hinterstränge und der vorderen Wurzeln der linken Seite sind abnorm hell. Mikroskopisch: Faserausfall, Vermehrung der Glia, deutliche Atrophie der vorderen Wurzeln im Sakralmark.

Auch Kaposi und Köbner bieten die Rückenmarksbefunde nichts Charakteristisches. Nach Köbners Ansicht sind sie entweder Koeffekte oder Toxinwirkung oder Degenerationserscheinungen. Hierzu sei bemerkt, daß wir annehmen, daß die Veränderungen, deren regelmäßiges Vorkommen wir vermuten, durchaus nicht bestimmten Charakter zu haben brauchen. Sie können verschiedener Natur sein (z. B. tuberkulöser, infektiöser, toxischer, arteriosklerotischer, degenerativer, von einem Tumor herrührend usw.). Funktionelle Störungen im Nervensystem resp. der endokrinen Drüsen sehen wir als Ursache vorübergehender besserungsfähiger P.-Fälle an.

Die Rolle, die das Nervensystem beim P. spielt, zu unterstreichen, sind nun einige Befunde von Marburg und anderen geeignet:

In allen P.-Fällen findet M. primäre Neuronophagie (Entzündung), ein Zeichen einer schwereren Affektion. Die Veränderungen der Umgebung sind durch Spinalganglienapoplexie zu erklären.

Kreibich demonstrierte beim X. Kongreß der Deutschen Derm. Ges. Präparate von zystischer Entartung von Spinalganglien beim P. acutus. Allen Jannescu und D. A. Welsh sahen ausgedehnte Veränderungen des Nervensystems bei der Sektion einer 32jähr. Frau mit P. vulgaris. Vor dem P. war Pat. immer gesund gewesen, hatte 9 Monate vor Ausbruch des Hautleidens geboren:

Das Gehirn wies einseitig einen leichten Grad von beginnender Pachymeningitis haemorrhagica auf. Die Gehirnmasse zeigte sich beim Schnitt reichlich wässerig und ödematös. Das Rückenmark ließ bei Färbung eine marginale Sklerose mit Verminderung und Atrophie der Nervenfasern erkennen. Die Nervenzellen des Rückenmarks zeigten speziell degenerative Veränderungen. Ähnliche, aber schwächere Veränderungen zeigten die Zellen der sympathischen Ganglien und der Hirnrinde.

George W. Covey sah im Rückenmark an den Dorsalsträngen und den Ganglien kleine dunkle Körper, die Ähnlichkeit mit den Psammomen haben. Die Hautläsionen entsprachen in ihrer Anordnung und Lokalisation den von den veränderten Nerven versorgten Gebieten.

Werssilowa fand bei einem Fall von P. vulg. mit parenchymatöser Nephritis deutlich veränderte Rückenmarkszellen, teils atrophisch, teils mit irregulärer Anordnung der Fibrillen.

Brochieri wies vor allem Veränderungen an der grauen Substanz, und zwar an Vorder- und Seitenhörnern der Commissura grisea ant. und post., nach:

Digitized by Google

Anhäufungen von leukozytenähnlichen Zellen in der grauen Substanz der vorderen Kommissur und in der Umgebung des Zentralkanals, leichte entzündliche Infiltration auch um die Gefäße der Pia mater. Gefäße der grauen Substanz und auch der Pia mater erweitert mit zum Teil beträchtlich verdickten Wandungen. In den Vorderhörnern und der grauen Substanz zwischen Vorder- und Hinterhörnern sind die Nervenzellen teilweise atrophisch, teilweise von Massen angefüllt, die von roten Blutkörperchen herrühren.

Nur an einigen peripheren Nerven findet BARGUM bei einem Fall von P. foliaceus deutliche Zeichen bindegewebiger Degeneration. Das Rückenmark zeigt nichts Pathologisches.

Auf Grund dieser und ähnlicher Beobachtungen halten NIKOLSKY, GROSVENOR — und LUITHLEN zum mindesten für einzelne P.-Formen — die Annahme einer nervösen Ätiologie des P. für gerechtfertigt. Auch SPIEGLER erkennt unter den verschiedenen Anschauungen über die Genese des P. der nervösen Theorie die größte Berechtigung zu.

Es folgen nun die eigenen Fälle, die Veränderungen in einem übergeordneten sympathischen Zentrum ergeben haben:

Fall I. Anamnese: Pat. Otto E., 71 Jahre, 2mal Gonorrhoe, gut ausgeheilt. Bis 1923 gesund. Seit Dezember 1923 häufig Gallensteinkoliken. Gleichzeitig mit den Anfällen Gelbsucht und Jucken am ganzen Körper. Angeblich anschließend daran (März 1924) Blasenbildungen an verschiedenen Körperstellen. Von einem anderen städt. Krankenhaus unter Pemphigusverdacht unserer Abteilung überwiesen. Die Cholelithiasis klingt ab.

Status (9. XI. 24): Kräftig gebauter Mann mit reichlichem Fettpolster und schwach entwickelter Muskulatur. Mund, Cor, Pulmones: o. B. Abdomen etwas aufgetrieben, jedoch weich, kein Tumor palpabel. Leber überragt den Rippenbogen um einen Querfinger. Gallenblase nicht palpabel. Milz nicht vergrößert.

Haut: In der Gegend der linken Supraklavikulargrube etwa fünfmarkstückgroßer Herd atrophisch narbiger Haut. An einigen Stellen am Stamm ist das Epithel handtellergroß abgehoben, diese Partien nässen. An der Brust r. eine etwa linsengroße, durchsichtige Blase mit geringer Fältelung der Blasendecke. Gleichgroße Effloreszenzen am Stamm, jedoch praller gefüllt. In der Lumbalgegend einige Herde mit geplatzter Blasendecke.

Augenhintergrund: o. B.

Urin: Alb. —, Sa. —, Urobilin —.

Blutbild: 68% Neutroph., 19% Lymphozyten, 1% Mononukl., 12% Eosinophile. Eosinophilie des Blaseninhalts. Temperatur normal. WR mehrfach negativ. Blutzucker 0,1%. Bei genauer interner Untersuchung auf der I. med. Abteilung unseres Krankenhauses (Chef: Geheimrat KUTTNER): Magen, Darm, auch röntgenologisch, o. B. Diastasewerte in Urin und Stuhl normal. Keine alimentäre Glykosurie nach Belastung. Keine Anhaltspunkte für Pankreaserkrankung. Diagnose: Pemphigus vulgaris. Abgelaufene Cholelithiasis. Pat. wird am 16. XII. zur Hautabteilung zurückverlegt. Die Blasenbildungen auf der Haut nehmen zu. Therapie: Chininurethan intramuskulär. Tanninbäder.

Auszüge aus der Krankengeschichte:

27. XII. Verschlechterung des Allgemeinzustandes. Schlechte Nahrungsaufnahme.

30. XII. Beginnende hypostatische Pneumonie l. Starke psychische Alteration. Temperatur über 39°. Therapie: Exzitantien, Kardiaka.

7. I. Stark getrübtes Sensorium. Auch die rechte Lunge ist von der Pneumonie befallen. Bronchitische Geräusche überall hörbar. Subfebrile Temperaturen. Die Haut hat sich in den letzten Tagen nicht wesentlich verändert.

Am 8. I. 1925 an der rechten Stirn und am rechten Oberschenkel zwei etwa bohnengroße Blasen. Starker Fieberanstieg bis über 40° und jäher Abfall.

10. I. Starke Schwäche und vollkommene Bewußtseinstrübung.

11. I. Exitus letalis.

Aus dem Sektionsprotokoll (Patholog. Institut des Virchow-Krankenhauses, Prosektor Dr. MAYER) (Diagnose: Pemphigus, Arteriosklerose, Nierenschrumpfung) sei folgendes mitgeteilt:

12. I. Sehr guter E. Z. An der rechten Schulter eine etwa 2 cm große Blase, überall zum Teil eingetrocknete und verschorfende Pemphigusefflorescenzen, be-

Digitized by Google

sonders an den Unterschenkeln und am Schädel. Hypertrophie des linken Ventrikels. Kräftige Muskulatur. Walzenförmige Papillarmuskeln. Fettinfiltration der Wand. An der Pulmonalis nur zwei Taschen. Sklerose und Verkalkung der Aortenklappen. Koronarsklerose mit Verengerung des Kalibers. Ganz geringe Sklerose der Aorta. Starke Pleuraadhäsionen, besonders rechts und am linken Unterlappen. Emphysem. Starke Hypostase und Ödem in beiden Unterlappen. Diffuse eitrige Bronchitis. Nirgends luftleere Herde. Tracheitis. Anthrakose der Bronchiallymphknoten. Kehlkopfverknöcherung. Sehr fettreiches Netz. Fibrose und Atrophie der Tonsillen. Kleinfleckige Perisplenitis fibrosa. Infektiöse Hyperplasie der Milz, 320 g, leichte Hyperplasie der Follikel. Zahlreiche tiefe, arteriosklerotische Schrumpfnarben in den Nieren. Infarkte der Pyramiden. Ganz beginnende knotige Hypertrophie der Prostata. Beginnende trabekuläre Hypertrophie der Blasenmuskulatur. Pharyngitis. Magenschleimhaut blaß, etwas atrophisch. Nirgends Narben. Pigmentierung der Peyerschen Plaques. Kein Hindernis in den Gallenwegen, diese auf Fingerdicke erweitert. Chronisch-fibröse Gallenblasenentzündung mit Verdickung, neun Steine. Hyperämie der Leber, massige, periphere Läppchenverfettung. Kleine, gelbliche, wahrscheinlich toxische Lebernekrosen. Pankreas: derb, gute Läppchenzeichnung, kein Tumor. Starke Sklerose der A. lienalis. Kleinfingerendgliedgroßes Duodenaldivertikel neben der Papilla duodenalis.

Geschlechtsorgane, Augen, Ohren o. B. Nervensystem: Weiche Schädeldecken o. B. Ausgedehnte Adhäsionen zwischen Dura und Schädeldach.

Die Untersuchung des Gehirns fand statt durch Herrn Prof. Max Bielschowsky (vom Kaiser-Wilhelm-Institut für Hirnforschung und Neuro-Biolog. Institut der Univers.), dem wir an dieser Stelle den wärmsten Dank für seine Mitarbeit aussprechen möchten:

Die Arterien der Basis zeigen die Erscheinungen einer sehr weit vorgeschrittenen Arteriosklerose. Am stärksten sind die beiden Karotiden über ihrer Durchtrittsstelle durch die knöcherne Schädelbasis verändert. Sie sind hier in starre kalkhaltige Röhren verwandelt. Die Pia über dem Trigonuum interpedunculare ist schwartig verdickt. Die Pia über der Konvexität der Hemisphären ist über den Frontallappen leicht verdickt und etwas getrübt. Auf Frontalschnitten durch die Reg. infundibul. fällt bei der makroskopischen Betrachtung nichts Besonderes auf, nur die kleineren Gefäße ragen stellenweise über das Niveau der Schnittfläche hervor.

Mikroskopischer Befund: Das mikroskopische Bild der basalen Arterien entspricht dem makroskopischen Befund: Starke Verdickung der Intima, hervorgerufen durch ursprünglich progressive Veränderungen mit sekundär-regressiver (hyaliner) Metamorphose. Das Arterienlumen ist durch den Prozeß an einzelnen Stellen erheblich verengt. Die Gefäße der Pia und der Hirnrinde selbst zeigen keine nennenswerten Wandveränderungen. Die Kapillaren und Venen sind prall gefüllt, hier und da begegnet man kleinen perivaskulären, ganz frischen (diapedetischen) Blutungen. Im Parenchym der Rinde keine sehr erheblichen Veränderungen; auffällig ist nur eine Lichtung der Pyramiden in der 3. Schicht Brodmanns. Die größeren Zellformen der Rinde, insbesondere die Riesenpyramiden der 5. Schicht, zeigen ganz frische Veränderungen im Sinne einer leichten Schwellung mit beginnender Chromatolyse.

Im Zwischenhirn und in den Großhirnganglien fand sich folgendes:

Im Putamen des Striatums und im Pallidum sind schwere Gefäßveränderungen im Sinne einer vorgeschrittenen Petrifikation der Media und Adventitia vorhanden. Die äußeren Gefäßwandschichten sind stellenweise in starke Kalkringe verwandelt. Außerdem finden sich auch hier kleine perivaskuläre Blutungen und ein État criblé, d. h. eine spongiöse Auflockerung der Grundsubstanz in der unmittelbaren Nachbarschaft der Gefäße. Im Putamen finden sich auf der einen Seite auch winzige Einschmelzungsherde (beginnender État lacunaire). Erhebliche Zellausfälle haben weder im Striatum noch im Pallidum stattgefunden. Auch die hier konstatierbaren Zellveränderungen sind vornehmlich ganz akuter und geringfügiger Art. Im zentralen Höhlengrau an der Wandung des 3. Ventrikels ist auf beiden Seiten der Nucl. paraventricularis in auffälliger Weise betroffen. Erstens sieht man, daß die Kapillaren im Bereiche dieses Kernes besonders prall gefüllt sind und fast so vollständig wie in einem Injektionspräparat hervortreten; zweitens sind die Ganglienzellen dieses Kernes, obgleich sie nach der quantitativen Seite hin keine erhebliche

Digitized by Google

Einbuße erlitten haben, sämtlich schwer verändert, und zwar im Sinne einer schweren akuten Zellveränderung (Vergrößerung und Abrundung des Zellkörpers, staubförmige Auflösung der Nissl-Schollen mit Ausnahme der in der Peripherie des Zellkörpers gelegenen, exzentrische Lagerung des Kerns, stellenweise Auflösung des gesamten Zellkörpers mit reaktiven Erscheinungen der benachbarten Gliaelemente). Auch im Bereich dieser beiden Kerne sind kleine perivaskuläre, ganz frische Blutungen vorhanden. Die kleineren Venen sind prall mit roten Blutkörperchen gefüllt und erwecken den Eindruck einer kompletten Stase.

An der Med. oblong., speziell am vegetativen Vaguskern, fand sich nichts Besonderes. BIELSCHOWSKY kommt nach Sektion dieses Gehirns zu der Feststellung, daß, obgleich wichtiges Material (Rückenmark, Sympathikus, periphere Nerven) nicht mituntersucht wurde, mit Sicherheit gesagt werden kann, daß ein übergeordnetes vegetatives Zentrum — nämlich der Nucleus paraventricularis — schwere akute Veränderungen aufweist. Nach den histopathologischen Befunden mußte man vermuten, daß intra vitam eine schwere Störung der gesamten Wasserbilanz und vermutlich auch Glykosurie (resp. vermehrter Blutzuckergehalt) bestanden haben. Das histologische Verhalten der Großhirnganglien rechtfertigt auch die Vermutung, daß der Patient irgend welche an Parkinson erinnernde Symptome gezeigt hat.

Fall II. Isaak B., 62 Jahre.

Anamnese: Beim Militär zweimal Lungenentzündung. 1882 Gonorrhoe, sonst immer gesund gewesen. Ziemlich starker Nikotinabusus, mäßiger Alkoholgenuß. Vor 4 Wochen Schlaganfall mit Unfähigkeit zu sprechen. Die rechten Extremitäten waren fast vollkommen gelähmt, der Mund war verzogen. — Seit 14 Tagen am Körper Blasenausschlag, den Patient auf Medikamente zurückführt. Patient wird von einem anderen städtischen Krankenhaus unter Pemphigusverdacht unserer Abteilung überwiesen.

Status: 11. X. 1924. Kräftig gebauter Mann in mäßigem E. Z., fast vollkommene Apathie. Unartikulierte Sprache, Mund nach rechts verzogen. Zunge: feucht, belegt.

Cor: Leises systolisches Geräusch an der Spitze, 2. Aortenton stark, 2. Pulmonalton gering akzentuiert. Aktion beschleunigt.

Lungen: Über beiden Lungen bronchitische Geräusche, r. h. u. feuchte Rasselgeräusche.

Abdomen: o. B.

Extremitäten: Aktive und passive Beweglichkeit ungehindert. Grobe Kraft rechts herabgesetzt. Sensibilitätsstörungen am rechten Unterarm.

Nervensystem: Patellarreflexe gesteigert. Achillessehnenreflexe +, Babinskireflexe —, Pupillen reagieren prompt auf L. und C., Fazialisparese rechts.

Urin: Alb. —, Sacchar. —, Gallenfarbstoffe —, Sediment o. B.

Haut: Die Haut des ganzen Körpers ist stark gerötet, der Körper ist übersät mit bullösen Effloreszenzen von Erbsen- bis Talergröße. Die intakten Blasen sind teilweise mit weißem eitrigen, teilweise mit klarem gelblich gefärbten, serösen Sekret gefüllt. Intakte Blasen sieht man vor allem auf dem Bauch, an den Ellenbeugen und am rechten Oberschenkel. Zum großen Teil sind die Blasen geplatzt, stellenweise entleert sich schon bei leichter Berührung wässeriges Sekret. Der Untergrund der geplatzten Blasen ist düsterrot, teils mit Krusten, Borken und Blutgerinnseln bedeckt.

Temperatur: 38°, Puls 100, schwach fühlbar.

Diagnose: Pemphigus vulgaris. Status post apoplexiam, Broncho-Pneumonie.

Therapie: Chinin oral, Bolusbäder, Salbenverbände.

Auszüge aus der Krankengeschichte:

13. X. Befund unverändert, Sensorium anscheinend etwas freier. Die starke Rötung der Haut ist etwas abgeklungen. Im Blasenpunktat reichlich eosinophile Zellen.

15. X. Bedeutende Verschlechterung des Allgemeinbefindens mit Erregungszuständen. Patient dauernd unter Kampher. An Armen und Unterschenkeln einige neue Blasen.

16. X. Dauernde Verschlechterung. Exitus letalis.

Aus dem Sektionsprotokoll (Dr. MAYER) (Diagnose: Pemphigus, Arteriosklerose):

Digitized by Google

17. X. Haut: Eingetrocknete Schorfe von Hirsekorn- bis Talergröße am Rumpf und den Extremitäten (eingetrocknete Pemphigusblasen).

Herz 600 g. Aortenklappen schließen nicht. Hochgradige Hypertrophie und Dilatation beider Ventrikel. Stark verengernde Koronarsklerose. Schwielen in den mitralen Papillarmuskeln. Subendokarditische Fettablagerungen. Aortenklappe gefenstert. Abnutzungsflecke der Mitralis. Geringe Aortensklerose, jedoch atheromatöse Geschwüre der Bauchaorta, Hyperämie der Lungen. Braune Induration? Randemphysen. Milz 290 g, derb elastisch. Trabekel vermehrt. Follikel vermindert. Nieren: Flache arteriosklerotische Narben. Stauung und Ödem. Ösophagusvenen etwas varikös erweitert. Magenschleimhaut sauer erweicht. Gallenwege und Pfortader normal. Infarktartiger hyperämischer Herd im rechten Leberlappen. Zirrhose im Lobus quadratus und an der Unterseite des linken Lappens. Schilddrüse kolloidarm. Pankreas: Parenchymblutungen? Nebennierenrinde: lipoidreich.

Gehirn (Prof. Bielschowsky):

Schon makroskopisch stark hervortretende schwerste Veränderungen arteriosklerotischer Art an den großen Gefäßen der Hirnbasis. Es finden sich hochgradige progressive Erscheinungen an der Intima, Kalkablagerungen in der Media und Adventitia und auch atheromatöse Herde in den tiefen Schichten der gewucherten Intima. Außerdem ist es an verschiedenen Stellen zu einer Thrombenbildung gekommen. An einer Stelle findet sich ein frischer Thrombus, an einer anderen ein alter, der Intima breit aufsitzender, schon stark organisierter und vaskularisierter Thrombus.

Auch im Gewebe dieses alten Thrombus sind weitgehende regressive Veränderungen vorhanden. Substantiell ist er von dem benachbarten Gewebe der veränderten Intimawandung nicht trennbar.

Über beiden Stirnlappen besteht eine alte plastische fibröse Meningitis. Schon bei der makroskopischen Betrachtung erwies sich die weiche Hirnhaut hier stark verdickt und milchig getrübt. Im mikroskopischen Bilde bietet die Leptomeningitis das typische Bild eines alten plastischen Prozesses. Die Pia arachnoides ist sehr reich an kollagenen Fasern, relativ kernarm und enthält gar keine frischen entzündlichen Infiltrate. Auch in der Hirnrinde bieten die Gefäße den wesentlichsten pathologischen Befund. An den Arteriolen sind produktive Veränderungen nachweisbar, welche vornehmlich durch eine Proliferation der Intimakerne gekennzeichnet sind. Die Intima und Adventitia der Gefäßchen zeigen aber häufig auch Anfänge zu Proliferationsvorgängen der Kerne. In den äußeren Rindenschichten zeigen Silberbilder eine ausgesprochene Kapillarfibrose. (Bei diesem Prozeß bilden sich um die Kapillarwände dicke Mäntel kernarmer, stark argentophiler Faserspiralen.)

Im Parenchym der Hirnrinde bieten die Ganglienzellen chronische Degenerationsbilder (Schrumpfung der Zellkörper mit deutlicher Kernpyknose) mit starker Anhäufung von lipoidem Pigment. Der Bauplan der Hirnrinde ist aber nirgends wesentlich verändert.

Im Wandgebiete des 3. Ventrikels sind ähnliche Veränderungen an den Gefäßen wie in der Hirnrinde. Im sogenannten Nucleus paraventricularis, der als ein übergeordnetes sympathisches Zentrum angesprochen wird, sind frische Veränderungen nachweisbar im Sinne einer Zellblähung mit Zerfall der Nissl-Schollen und stellenweise auch mit exzentrischer Kernlagerung. Die Veränderungen sind auf der rechten und linken Seite von gleicher Stärke. Die Deutung des Befundes wird dadurch aber erheblich beeinträchtigt, daß auch andere Kerne der Infundibularregion ähnliche Veränderungen aufweisen.

Schließlich ist noch zu erwähnen, daß an einzelnen Stellen der Stammganglien kleine und ganz frische perivaskuläre Blutungen angetroffen wurden, die offenbar erst in der Agonie entstanden sind. Im Rückenmark sind ähnliche Gefäßveränderungen wie im Gehirn. Die Vorderhornzellen des Rückenmarks zeigen in allen untersuchten Segmenten chronische Veränderungen von ziemlich typischer Art. Es handelt sich um eine schwere Arteriosklerose des Zentralnervensystems. Bezüglich der Ätiologie ist aus dem Befunde nichts Näheres zu entnehmen. Die fibröse Schwartenbildung und starke Beteiligung der Arteriolen rechtfertigt aber die Vermutung, daß hier chronischer Alkoholismus die Ursache der Veränderungen gewesen ist.

Für die Annahme einer progressiven Paralyse, an welche man nach dem makroskopischen Befunde denken mußte, hat die mikroskopische Untersuchung keine Anhaltspunkte gegeben.

Digitized by Google

In diesem Zusammenhang ist auch ein nicht letal verlaufender III. Fall von besonderem Interesse. Patient, 64jährig, von Beruf Galvaniseur, litt früher vorübergehend an Magengeschwüren. Seit 10 Jahren ist er nach seinen Angaben nervenkrank (Zittern der Hände). Seit ½ Jahr tritt ein juckender Blasenausschlag, besonders an den Beugeseiten der Extremitäten, vereinzelt auch an der Brust, auf. Die Blasenbildungen sind für P. nicht typisch. Dem Auftreten der Blasen gehen stechende Schmerzen an den betreffenden Stellen voraus. Sie bestehen noch nach mit Pigmentierung erfolgter Abheilung der Efflorescenzen fort. Die Eruptionen sind begrenzt lokalisiert und zeigen gruppierte Anordnung. An der Stirn tritt einmal eine Blase auf, die mit Nekrose abheilt. Es besteht keine Eosinophilie des Blaseninhalts. Bei näherer Untersuchung des Blutes zeigt sich geringe Eosinophilie (7%) und deutliche basophile Punktierung der roten Blutkörperchen. WR negativ. Geringe Kochsalzretention. Von Prof. SCHUSTER wird die Nervenaffektion als funktioneller nervöser Zustand, wahrscheinlich auf Grund einer toxischen Noxe, gedeutet. Prof. SIMONS[1]) stellt die Diagnose: Paralysis agitans. Handelt es sich in diesem letzten Falle tatsächlich um Parkinson, was nicht ganz erwiesen ist, so würden die Feststellungen über die Beziehungen von Blasenaffektionen zum Zwischenhirn eine weitere Stütze erfahren. Auch andere klinische Beobachtungen beim P., vor allem die von KARTAMISCHEW als Wesen des P. angesehene Störung im Kochsalzstoffwechsel, dessen Regulierungszentrum im Zwischenhirn (JUNGMANN) zu suchen ist, lassen die Vermutung zu, daß ein übergeordnetes sympathisches Zentrum (Zwischenhirn) bei der Pathogenese des P. eine Rolle spielt. Auch einige der zur Erklärung der Symptome beim P. herangezogenen Theorien sind mit der Annahme einer Störung sympathischer Zentren im Gehirn vereinbar, z. B. die Theorie von der Alteration des temperaturregulierenden Zentrums, die sich stützt auf das oft Jahre dauernde Fieber beim P., das von den Blaseneruptionen unabhängig ist (v. PETERSEN). v. PETERSEN erklärt auch durch eine Störung im Zentralnervensystem das dauernde Auftreten von Zucker im Harn.

Die sich im Zentralnervensystem abspielenden Veränderungen brauchen nicht bestimmten Charakter zu haben. Sie können verschiedener Natur[2]) sein (z. B. tuberkulöser, toxischer, spezifisch infektiöser, arteriosklerotischer, degenerativer, von einem Tumor herrührend usw.). Es weisen auch die zahlreichen Fälle von Nervenaffektionen mit Blasenbildungen darauf hin, daß es berechtigt ist, anatomische Veränderungen im Gehirn mit der Genese des P. in Verbindung zu bringen. Es liegt nahe, auf funktionelle Störungen in den besprochenen Abschnitten des Nervensystems die vorübergehenden, besserungsfähigen P.-Fälle zu beziehen. Über die Rolle, die das endokrine System bei bestimmten Gruppen von P.-Fällen zu spielen scheint, haben wir unsere Vermutungen geäußert.

Wir sind uns bewußt, viel Hypothetisches vorgebracht zu haben. Zurückhaltung in der Deutung der Befunde im Zwischenhirn ist überdies auch deshalb geboten, weil die Zahl der Befunde nur gering ist, und weil im zweiten Fall so umfassende Veränderungen auch im übrigen Gehirn bestehen, daß die Befunde des u. a. betroffenen Zwischenhirns mit großer Vorsicht zu verwerten sind. Auf der anderen Seite erscheint es immerhin gestattet, die früher von den Autoren beim P. gefundenen Veränderungen zu verwerten, so z. B. EPPINGERS, MARBURGS, BABES', KREIBICHS und P. MEYERS Befunde.

Die BIELSCHOWSKYschen Befunde stehen fest. Von besonderer Wichtigkeit erscheint es uns, daß auch weiterhin von autoritativer, besonders neurohistologischer Seite auf derartige Veränderungen geachtet wird. Denn die Deutung der Befunde ist, da kadaveröse Veränderungen leicht eine Fehlerquelle bilden können, schwer.

---

[1]) Beiden Herren sei für ihre freundliche Unterstützung bestens gedankt.

[2]) Wir haben schon früher auch den Gedanken ventiliert, ob der Pemphigus eine Infektionskrankheit sei. Wir versuchten Übertragung des Blaseninhalts und Blasenbodens auf die Kornea von Kaninchen, Meerschweinchen, Ratten — ohne Erfolg. In einem Falle machten wir analoge Versuche mit Gehirnsubstanz, die ebenfalls negativ verliefen. Immerhin ist die Möglichkeit, daß ein spezielles Kontagium ähnlich wie bei Herpes unter unter anderen Ursachen in Betracht kommt, nicht ganz abzulehnen. Nur glauben wir, daß es auch dann wohl eher zentral angreift, indem dann die Aussichten, es in der Haut zu finden, genug sind. Auch das NIKOLSKY-Phänomen spricht mehr für eine zentrale Ursache.

Digitized by Google

Trotz der tatsächlichen Befunde ist Bielschowsky sehr zurückhaltend in der Deutung der Befunde bzgl. der Pathogenese des P. Das gesamte sympathische System müßte gründlich untersucht werden. Sollten sich die Befunde mehren, so wäre ein fester Ausgangspunkt für die Forschungen zur Ätiologie des P. gewonnen.

Etwas Abschließendes sollte mit dieser Veröffentlichung nicht gesagt werden. Unsere Mitteilung sollte vor allem dazu dienen, Anregung zu weiteren Untersuchungen auf diesem Gebiet zu geben.

Literatur.

1. Ed. Adler, Blasenbildung der Haut bei Encephalitis epidem. Arch. f. Derm., Bd. 146, H. 1. — 2. Balmer, Hautstörungen bei progress. Muskelatrophie. Arch. f. Heilkunde, 16. Jg., S. 327. — 3. Bargum, Befunde a. Rückenm. u. per. Verv. b. 1 Fall v. hochgr. P. foliac. Ref. Mh. f. prakt. Derm., Bd. 22, S. 533. — 4. Bockholt, Pemph. foliac. und Trauma. Arch. f. Derm., Bd. 142, S. 87. — 5. Brochieri, Il midollo spinale in un caso de pemf. simpl. Ref. Derm. Zschr., Bd. 5, S. 67. — 6. Büchler, Vasomotorisch-trophische Störungen bei Enceph. epidem. Kl. W., 1925, Nr. 31, S. 1500. — 7. Charcot, Klin. Vorträge über Krankheiten des Nervensystems, 1875, S. 24. — 8. Chvostek, Weitere Beiträge zu den vasomotor. u. troph. Neurosen. W. m. W., 1875, Nr. 32. — 9. G. W. Covey, Pemphigus vulgaris. Ref. Derm. Zschr., Bd. 13, S. 257. — 10. Doswald u. Kreibich, Zur Frage der posthynotischen Hautphänomene. Mh. f. pr. Derm., 1906, S. 634. — 11. Eliassow u. Sternberg, Ein Fall von Pemphigus foliaceus. Derm. Zschr., Bd. 42, S. 186. — 12. Eppinger, Zur pathol. Anatomie des Pemphigus. Verhdl. d. 5. Kongr. d. deutsch. derm. Ges. — 13. B. Fischer, Über Blasenbildungen bei organischen Nervenkrankheiten. Arch. f. Derm., Bd. 146, H. 1. — 14. W. Fischer, Über Blasenbildung bei Syringomyelie. Arch. f. Derm., Bd. 119. — 15. J. Golay, Über die Rolle des Sympathikus bei der Entstehung von Dermatosen. Ann. de Derm. et de Syph., Bd. 38, Nr. 9—11. — 16. Grosvenor, Pemphigus. Buffalo Med. Journ., 1902. — 17. Grumach, Autonomes Nervensystem und Haut. Ergebnisse d. Zbl. f. Derm. u. Syph., Bd. 12, S. 3. — 18. Heller u. Schultz, Über einen Fall hypnotisch erzeugter Blasenbildung. M. m. W., 1905, Nr. 41. — 19. Irsai u. Babesiu, Beiträge zur Lehre vom Einfl. des Nervensystems auf patholog. Hautveränderungen. Viertelj. f. Derm. u. Syph., 1882. — 20. Jungmann, Zur Pathologie d. Salzstoffwechsels. Kl. W., Jg. 2, Nr. 1. — 21. Jungmann, Über eine isolierte Störung d. Salzstoffwechsels. Kl. W., Jg. 1, Nr. 31. — 22. Jungmann u. Bernhardt, Experiment. Untersuchung über die Osmoregulation. Zschr. f. kl. M., Bd. 99, H. 1—3. — 23. Jarisch, Über die Koinzidenz der Hauterkrankung und der Erkrankungen der grauen Substanz des Rückenmarks. Viertelj. f. Derm. u. Syph., 1880. — 24. Kaposi, Über d. gegenwärt. Stand d. Lehre v. P. Verhdl. d. 5. Kongr. d. deutsch. derm. Ges., 1895. — 25. Kartamischew, Weitere Untersuch. über das Wesen des Pemphigus. Arch. f. Derm., Bd. 148, S. 68 u. frühere Arbeiten. — 26. E. Klopstock, Pemphigus vulgaris bei Schwangerschaft. Derm. Zschr., Bd. 40, S. 305. — 27. Kohnstamm u. Pinner, Demonstrationen von posthypnotischer Blasenbildung. Arch. f. Derm., 1908, Nr. 91. — 28. Pemphigus. X. Kongr. d. deutsch. derm. Ges. — 29. W. M. Kraus (New York), Sektionsbefund bei chron. Pemphigus. Ref. Derm. W. — 30. Kreibich, Über Decubitus acutus und Blasenbildung bei Nervenkrankheiten. Arch. f. Derm., Bd. 92, S. 425. — 31. Kreibich, Angioneurot. Entzündung. Wien 1905. — 32. Leloir, Des affections cutanées d'origine nerv. Paris 1882. — 33. Luithlen, Zur Pemphigusfrage. Derm. Zschr., Bd. 6, H. 4, S. 481. — 34. O. Marburg, Zur Pathologie der Spinalganglien. Arbeit. aus dem Neurolog. Institut a. d. Wiener Universität. Wien 1902. — 35. P. Meyer, Über einen Fall von tödlicher pemphigusartiger Dermatitis mit Veränderungen im Nervensytem. Virch. Arch., Bd. 94. — 38. Milian u. Lelong, Pemphigusartige Eruptionen bei Syringomyelie. Bull. d. derm. et syph., 1922, S. 142. — 37. Nikolsky, Über Pemphigus. Russ. Ref. Derm. Zbl. 1902, S. 335. — 38. Nobl, Über blasenbildende Hautkrankheiten. W. m. W., Jg. 73, Nr. 3. — 39. Pernet, The psychol. aspect of derm. factit. Journ. of Cutan. Diseases, 1909. — 40. v. Petersen, Pemphigus. Russ. Ref. Mschr. f. pr. Derm., 1911, S. 235. — 41. Piffl, Zur Operation d. Akustikustum. Beiträge zur Anat. u. Pathol. d. Ohres usw., 1924, Bd. 21, S. 17. — 42. Rosenthal, Pemphigus. Ref. beim 5. Kongreß d. deutsch. derm. Gesellschaft. — 43. Sander, Troph. Störung

Digitized by Google

nach Medianusverletzung. B. kl. W., 1877, Nr. 37. — 44. H. SCHLESINGER, Über Blaseneruptionen d. Haut bei zentral. Affekt. d. Nervensystems. D. m. W., 1907, Nr. 27. — 45. SCHLESINGER, Die Syringomyelie. Leipzig-Wien 1895, S. 129. — 46. SCHULTZ, Pathological findings in pemphig. fol. Amer. Ref. Derm. Zbl., 1908, S. 175. — 47. SPILLMANN, Hautgangrän bei Syringomyelie. Ref. Zbl. f. Derm. u. Syph., Bd. 2, S. 59. — 48. E. SCHWIMMER, Die neuropath. Dermatonosen. Wien u. Leipzig 1883. — 49. SPIEGLER, Pemphigus chron. Mracek, Handb. d. Hautkrankh., 1905. — 50. F. STERN, Zur Frage der psychogenen Dermatosen. Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 73. — 51. WEIR-MITCHELL, Lésions d. nerfs et de leurs conséquences. Paris 1874, S. 169. — 52. WERSSILOWA, Ein Fall v. P. vulg. abhgg. v. parench. Nephrit. Ref. Derm. Zschr., Bd. 17, S. 71. — 53. WESTBERG, Beitrag zur Lehre vom Pemphigus. 5. Kongreß d. deutsch. derm. Ges.

Der Salvarsangeruch.

Bemerkung zur Arbeit von E. v. THURZÓ: Über die Bekämpfung der Nebenerscheinungen der Salvarsantherapie, in Bd. 81, Nr. 34 dieser Wochenschrift.

Von

Dr. ERNST LEIBHOLZ in Berlin.

Es scheint zu den unausrottbaren Irrtümern zu gehören, daß der bei intravenösen Injektionen von Salvarsan, speziell Neosalvarsan, auftretende subjektive Geruch eine Nebenwirkung des Salvarsans selbst sei.

Er ist weder, wie der vom Verf. zitierte POLLAND meint, ein prämonitorisches Symptom der Salvarsanangioneurose oder -urtikaria (was auch v. TH. ablehnt), noch, wie Verf. annimmt, eine „perverse" Geschmacks- und Geruchssensation, sondern einfach eine normale Wirkung des von der Herstellung her am Salvarsan haftenden Äthers, der in den Kreislauf gelangt und von der Nasenschleimhaut des Pat. wahrgenommen wird.

Ebenso wie sich Neosalvarsane verschiedener Fabrikationschargen nicht gleichmäßig bei der Lösung verhalten (manche lösen sich schnell unter tanzenden Bewegungen auf, andere sinken als Klumpen zu Boden, wieder andere liegen als feiner Staub dem Wasser auf), so ist auch der Äthergehalt wechselnd, wovon man sich beim Riechen an eben geöffneten Ampullen überzeugen kann!

Die höchst einfache Art, den Geruch ganz oder fast vollständig zum Verschwinden zu bringen, ist die Lösung in blutwarmem Wasser; dabei riecht man den abdampfenden Äther (S. P. 35°) und sieht ihn oft moussieren. Die Injektion ist für den Pat. geruchlos und gelegentlich nur in dieser Form erträglich.

Das Auftreten des subjektiven Geruchs ist mithin von drei Faktoren abhängig:

1. dem Äthergehalt des Salvarsans,
2. der individuellen Empfindlichkeit des Patienten,
3. der Temperatur des Lösungsmittels und dem längeren oder kürzeren Stehenlassen der Lösung — und ist vermeidbar.

Nun sei zugegeben, daß es sich oftmals nicht um reinen Äthergeruch handelt; er nähert sich vielfach dem Knoblauchduft. Wenn ich mich auf meine Nase verlassen kann, möchte ich auf mehr oder weniger erhebliche Beimengungen von flüchtigen As-Verbindungen schließen.

Digitized by Google

Versammlungen.

Dermatologische Gesellschaft Hamburg-Altona.

Festsitzung am 14. Juni 1925 aus Anlaß des 70. Geburtstages von E. Arning.

Vorsitzender: Wichmann. Schriftführer: Bruck.

1. Wichmann: **Festrede.**

2. Ritter und Westphalen: **Bericht über die neueren Erfahrungen mit dem antiluetischen Mittel Albert 102.** (Erscheint in der Derm. Zschr.)

Diskussion: Kalberlah teilt mit, daß er keine Erfahrungen in der Behandlung der frischen Lues habe, da er das Mittel nur bei Paralyse, Tabes und multipler Sklerose angewandt und im Tier experimentell erprobt habe; dagegen könne er über die an anderen großen Kliniken erzielten Erfolge berichten, die sich im wesentlichen bezüglich der Einwirkung auf die manifesten klinischen Symptome, Wassermann und Spirochäten mit den von Westphalen in der Ritterschen Abteilung erzielten decken. Von allen Seiten wurde die gute Verträglichkeit des Mittels hervorgehoben. Die Dosen konnten, anscheinend ohne Gefahr, über 0,2 auf 0,3 und 0,4 erhöht werden. K. selbst hat bei Paralytikern wochenlang täglich 0,5 ohne Schaden und mit ausgezeichnetem Erfolg gegeben. Die von Oelze mitgeteilten Mißerfolge seien veröffentlicht, nachdem das Mittel bei ungenügender Dosierung und zu großen Intervallen gerade 4 Wochen in Anwendung gewesen sei. Zum Schluß teilt K. mit, daß mit Albert 102 auch die Rekurrensinfektion beim Menschen mit dem salvarsanfesten Stamm des Hamburger Tropeninstituts geheilt werden könne.

E. Hoffmann-Bonn weist darauf hin, daß wirkliche Vergleiche bezüglich des Wertes erst nach Dauerbeobachtungen gemacht werden können, wobei vor allen Dingen auch den Veränderungen der Spinalflüssigkeit Aufmerksamkeit geschenkt werden muß. Bei maximaler Frühbehandlung (1—3-Kuren-System) finden sich solche nach seiner bisherigen noch zu kleinen Statistik nur in 5—10% der behandelten primären und frühsekundären Fälle.

Ritter bemerkt, daß die Forderung Hoffmanns, jede Frühlues auf den Liquor zu untersuchen und ihn laufend zu kontrollieren, auf seiner Abteilung seit längerer Zeit erfüllt wäre. Die Unschädlichkeit des Albert 102 geht auch daraus hervor, daß Fälle von abgelaufener Salvarsandermatitis Albert 102 anstandslos vertrügen, ohne erneut Hauterscheinungen zu bekommen.

Jacobsthal: Für die Beurteilung aller Luestherapeutika ist es von größter Bedeutung, die serologische Untersuchungsmethodik vollkommen konstant zu halten. An unserem Krankenhause ist seit Einführung der Jacobsthalschen Kältemethode (1911) die Methodik durchaus einheitlich gewesen und dadurch die Ergebnisse der Behandlung vergleichbar geblieben. Die Präzipitationsmethoden machen wir nur in zweiter Linie.

Vergleichende Untersuchungen der Sera eines und desselben Pat., entnommen an verschiedenen Tagen und einmal am Entnahmetag und zweitens in einer längeren Reihe nach Konservierung gemeinsam untersucht, haben mit Sicherheit ergeben, daß nicht geringe Schwankungen der WR vorkommen können.

3. Brummer (aus der Hautabteilung des Krankenhaus St. Georg-Hamburg): **Mitteilung der Beobachtung von Permeabilitätsverminderung von Zellmembranen nach Röntgenbestrahlung.** (Erscheint in der Derm. Zschr.)

Wichmann hebt hervor, daß die antagonistische Wirkung von Röntgenstrahlen und Ultraviolett auf die Permeabilität der Haut sich ohne weiteres erklären läßt durch die gegensätzliche Wirkung, die bei beiden Strahlungsfaktoren in chemischer Beziehung hervortritt, was in einfacher Weise schon beim Baryum-Platin-Zyanürschirm nach Bestrahlung mit Röntgenstrahlen und nachfolgender Beeinflussung durch Ultraviolett durch die Farbenreaktion zu demonstrieren ist. W. hat schon vor vielen Jahren daher das Ultraviolett als Antagonist gegen die Röntgenstrahlen bei Verbrennung durch Röntgenstrahlen empfohlen.

4. Delbanco: **Zur Einwirkung des elektrischen Stromes auf Epithel- und Krebszelle.** (Erschienen in Virch. Arch., 1925, Bd. 254, H. 2.)

Wichmann weist darauf hin, daß die von Jellinek, Kawamura und Delbanco beschriebenen Veränderungen am Epithel und Bindegewebe der Haut nach Starkstromein-

Digitized by Google

wirkungen in umfangreicher Weise von Schridde nachgeprüft worden sind und ihre Widerlegung in dem Sinne erfahren haben, daß diese Veränderungen nicht als spezifisch elektrische Verletzungssymptome mehr aufgefaßt werden können; denn die gleichen Veränderungen lassen sich beispielsweise auch durch einfache Erhitzung von Stahlnadeln mittels Gasflammen erzielen. Irgend welche Hoffnungen, die für die Heilung des Krebses durch eine derartige Beeinflussung des Epithels und der Krebszelle gezeitigt werden könnten, bestehen nicht; es handelt sich lediglich um einen lokal zerstörenden Prozeß durch die Hitzeeinwirkung bzw. die Joulsche Widerstandswärme.

P. Unna jr. fragt, ob es sich bei den streifenförmigen Zellveränderungen nicht lediglich um Zerstörungen des Gewebes durch den elektrischen Strom handelte, also um Kunstprodukte, die man biologisch nicht weiter züchten könne.

Delbanco: Wichmanns Einwände sind in der ausführlichen Publikation von D. erledigt. Mit Recht führen D. und andere Verfasser die Zellstreckung des Epithels auf die Joulsche Wärme zurück. Einen bedingt spezifischen Wert behält sie darum doch. Schon P. G. Unna fand die Zellveränderung bei seinen experimentellen Verbrennungen. Wenn Wichmann D.s Arbeit gelesen hat, wird er D.s vorsichtige Problemstellung zur Karzinomfrage beurteilen können.

5. Nonne stellt einen 40jähr. Mann vor, der klinisch das Bild eines komprimierenden Tumors in der Höhe des mittleren Dorsalmarks darbot. Die Liquoruntersuchung stellte die luische Natur desselben fest. Unter spezifischer Behandlung (Schmierkur und Jod) trat nach $2^1/_2$ Wochen vollkommener Rückgang aller Erscheinungen ein.

6. Lilienstein: a) 65jähr. Mann mit **Induratio penis plastica** mit Dupuytrenscher Kontraktur des vierten linken und fünften rechten Fingers. Jodkali, Fibrolysininjektionen, Röntgen, Diathermie, schließlich chirurgische Entfernung der sklerosierten Massen haben keinen befriedigenden therapeutischen Erfolg bezüglich der Induratio penis plastica gehabt.

Ritter macht auf die Nutzlosigkeit der Röntgen- und Radiumtherapie aufmerksam.

b) Wiederherstellung des in einer früheren Sitzung demonstrierten Falles von **Paget disease**, durch Röntgenbehandlung günstig beeinflußt.

c) Fall **zur Diagnose**: 56jähr. Eisenbahner mit seit $^3/_4$ Jahren bestehendem Exanthem, das symmetrisch an der Streckseite der Unterschenkel, an den oberen Extremitäten, besonders im Bereiche der Ellenbeugen, lokalisiert ist und im Begriff steht, sich über dem Stamm weiter auszubreiten. Die Primäreffloreszenz ist ein gelbbraunes hirsekorngroßer, auf Glasdruck nicht schwindender Fleck, der durch Apposition zu großen Herden zusammenfließt und starkes Jucken hervorruft. Das Ergebnis der Biopsie steht noch aus.

7. P. Unna jr.: a) **Mycosis fungoides** bei 42jähr. Mann. Prämykotisches Stadium seit 4 Monaten genau beobachtet, glich einem großpapulösen disseminierten Urtikariaexanthem. WR und SG negativ. Starke universelle Lymphombildung, jedoch nur geringe Eosinophilie. Exzidierte Lymphdrüse normal (E. Fraenkel). Hautstücke zeigten schon im prämykotischen Stadium charakteristischen histologischen Befund: Granolyse und Chromatolyse. Erfolg mit Röntgenstrahlen.

Arning empfiehlt zur Behandlung Chrysarobin.

b) **Pemphigus serpiginosus Kaposi, bullöse Pyodermie** oder Dermatitis herpetiformis. Unna neigt zu letzterer Diagnose, weil das Auftreten der Effloreszenzen gruppiert an symmetrischen Körperstellen erfolgt und von einem heftigen Jucken begleitet ist. Während der vierjährigen Beobachtungszeit wurden aber auch Ausbrüche der Erkrankung beobachtet, die ohne wesentliches Jucken verliefen und wo die Blasen aus anscheinend normaler Haut aufschossen. Guter Erfolg, wie auch schon bei zwei anderen Duhrings diss., mit einer stark reduzierenden Resaldehydphenylhydrazonsalbe.

c) **Casus pro diagnosi**: 12jähr. Knabe mit kongenitalen knolligen Geschwülsten am Hinterkopf, die sich auf dem Boden eines schwarzen Naevus spinulosis allmählich entwickelten. Histologisch handelt es sich anscheinend um epitheliale Geschwülste, welche jedoch den Friebösschen Abbildungen von Spieglerschen Tumoren keineswegs entsprechen. Beobachtung noch nicht abgeschlossen.

8. Mulzer zeigt einen Fall, bei dem seit 2 Jahren an der rechten Schläfe und hinter dem rechten Ohr sowie an den Augenlidern und an der Nase zahlreiche kleine bis linsengroße, weißlichgelbe Knötchen bestehen, die sich derb anfühlen. Histologisch in der Kutis von Bindegewebe umgebene drüsige Konglomerate, deren Bau ein ziemlich regelmäßiges, meist ein- bis zweischichtiges Epithel und vielfach röhrenförmige und ver-

Digitized by Google

einzelt zystische Lumina aufweist. Es wird an Schweißdrüsenadenom im Sinne des Epithelioma adenoides cysticum oder an gutartiges Epitheliom gedacht.

E. Hoffmann-Bonn hat nach dem ersten Anblick den Eindruck, daß es sich um ein den **Trichoepitheliomen** (Epithelioma adenoides cysticum) nahestehendes, also von den Follikeln ausgehendes Epitheliom handeln kann, da ein für Schweißdrüsen charakteristischer Bau in den vorliegenden Präparaten nicht deutlich ist. Er betont die Schwierigkeit dieser Differentialdiagnose in manchen Fällen und verweist auf seine und Ribberts Gabeltheorie, vermöge welcher bei entwicklungsgeschichtlich sehr frühzeitig einsetzenden Störungen Nävi oder Geschwülste sowohl Schweißdrüsen- wie Haarkeimabkömmlinge enthalten sein und bei noch früheren Störungen, z. B. an der Rückenmarksrinne, ektodermale oder neurogene Bestandteile aufweisen können (vgl. Derm. Zschr., Bd. 24, S. 297 und Bd. 27, S. 281 zu Kyrles Auffassung der Syringome in seiner Biohistologie).

9. Bruck, Universitäts-Hautklinik Hamburg: a) Fall von **Fox-Fordycescher Krankheit.** 25jähr. Pat., die seit etwa $^3/_4$ Jahr in beiden Achselhöhlen klinisch und histologisch das typische Bild dieser Erkrankung zeigt. An den Warzenhöfen seit 4 Monaten starker Juckreiz, doch klinisch außer leichten Kratzeffekten noch keine Veränderungen. B. zieht eine Parallele zwischen der Schiefferdeckerschen „Regio sexualis" mit ihren apokrinen Drüsen und der Fox-Fordyceschen Krankheit und glaubt damit einen Weg zu weisen, um dem Wesen und Ursprung dieser Erkrankung näherzukommen.

Delbanco zeigt Diapositive eines zweiten von ihm in Hamburg beobachteten Falles von Fox-Fordycescher Krankheit und referiert über Fischers Arbeit aus der Zinsserschen Klinik.

E. Hoffmann-Bonn macht unter Hinweis auf die Arbeit von Fischer-Köln auf den Zusammenhang mit den apokrinen Drüsen Schiefferdeckers aufmerksam, denen auch die Lokalisation charakteristischer Fälle (Achseln, Mamillen, Genital- und Analgegend) entspricht. Schon bei dem ersten Vortrag Schiefferdeckers hat er auf die Bedeutung dieser Drüsen für die Pathologie (pathologische Gerüche) und die Bedeutung für gewisse Hautkrankheiten in einer Diskussionsbemerkung (D. m. W., 1914, S. 1975) hingewiesen.

b) **Schwarze Haarzunge** bei einem 38jähr. Pat. mit Endarteritis luica mit Lähmungserscheinungen seit 5 Jahren. Nach Ausschluß anderer Momente kommt ätiologisch hier wohl der chronische Reiz durch Rauchen in Betracht, da Pat. seit langen Jahren sehr starker Pfeifenraucher ist. Die Veränderung der filiformen Papillen besteht seit 4 Jahren ohne Remissionen.

c) Fall von **Melanodermie** bei einem 66jähr. Manne. Das ursächliche Moment ist eine chronische Pedikulosis. Außer Gesicht, Händen und Füßen ist der ganze Körper kaffeebraun pigmentiert und zeigt hauptsächlich an Rücken und Bauch deutlich die alten Kratzeffekte als schmale Narbenstriche, die zum Teil depigmentiert sind. Es ist das typische Bild der „vagabonds disease" und ein Parallelfall zu der Frau, die Arning im vorigen Jahre zeigte.

d) Fall von **akromegalem Wuchs** und **Cutis gyrata.** Prozeß begann vor 6 Jahren auf dem Kopfe zunächst nur mit subjektiven Beschwerden. Erst seit etwa 2 Jahren zeigte sich Faltenbildung auf dem Kopfe und Dickenwachstum der Extremitäten. Hände und Füße sowie die Nase sind nur in der Dicke und Breite stark vergrößert, nicht in der Länge. Die Faltenbildung erstreckt sich sagittal über den ganzen Kopf und horizontal über die Stirn bis zur Nasenwurzel. Befund an Hypophyse, Augenhintergrund, Stoffwechseluntersuchung sowie histologischer Befund einer Hautfalte blieben negativ. Neu an diesem Falle ist die starke Faltenbildung der Haut an den Fuß- und Handrücken, die im kleinen genau dieselben Erscheinungen bieten wie der Kopf.

10. Arning stellt eine 35jähr. Frau vor, die seit 14 Jahren eine symmetrische Affektion an den Vorderseiten beider Unterschenkel hat, die ohne subjektive Störung langsam sich ausbreitet. Doppelthandgroße atrophische Partien mit leicht entzündlichem Rand. Nirgends sklerodermische Prozesse, also: **Dermatitis atrophicans symmetrica progressiva.**

Keine Zeichen von Lues. WR negativ. Keine Zeichen von Tuberkulose. Pirquet sehr stark positiv; keine Lokalreaktion. In exzidierter Randpartie histologischer Befund sehr gering, wesentlich nur Infiltrate um die Gefäße. Das Wesentliche ist das absolute Fehlen von Sklerodermie neben der Atrophie.

P. Wichmann stellt einen Pat. mit **Hauttuberkulose** vor, bei welchem auf dem rechten Arm eine mittels Tuberkulinpflaster erzeugte starke kutane Tuberkulinreaktion

Digitized by Google

zu sehen ist. Es handelte sich um ein Verfahren, welches bestimmt ist, die bisher übliche kutane Ponndorf-Impfung zu ersetzen und vor dieser den Vorzug hat, daß es eine genaue Dosierung ermöglicht, keine Gefahrenquote in sich birgt sowie schmerzlos angewandt werden kann. Die Dosierung ist in der Weise vorgenommen, daß 0,05 Tuberkulinsäure-Ester auf 4 qcm Pflastermasse verteilt sind; die Pflaster können in beliebigen Mengen angewandt werden. Das Pflaster ist mit einem Leukoplastüberzug bearbeitet behufs besserer Handhabung. Der Tuberkulinsäure-Ester ist gewählt worden, weil er wesentlich kräftiger wirkt als das übliche Alttuberkulin. Die Pflastermasse, welche eine Mazeration der Epidermis und daher bessere Resorption des Esters bewirken soll, besteht aus Sapo unguinosus, Salizylsäure und Adeps lanae. Sie zeigt, allein angewandt, lediglich eine leichte Mazeration der Epidermis ohne die für das Tuberkulin so charakteristische starke Papelbildung. Die Pflaster sind dazu bestimmt, eventuell wochenlang liegen zu bleiben und werden zweckmäßigerweise noch mit einer Mullbinde fixiert. Es empfiehlt sich, dieselben in verschiedenen Körperregionen gleichzeitig anzubringen.

E. Hoffmann teilt mit, daß an seiner Klinik Pflaster mit abgestuftem Gehalt an Terpentin und anderen Reizmitteln zur Sensibilierungsprüfung bei Ekzem benutzt werden.

Vohwinkel, Universitäts-Hautklinik Hamburg, demonstriert einen Fall von **Acrodermatitis atrophicans**, der schon vor 6 Jahren in der Dermatologischen Gesellschaft Hamburg-Altona von Rabe gezeigt wurde. Die Erkrankung, die sich jetzt in einem anderen Stadium befindet, beschränkt sich auf die linke untere Extremität und ist gegen das Abdomen zu scharflinig abgesetzt. An Oberschenkel und Fuß besteht noch das entzündliche Stadium, am Unterschenkel das atrophische. Auch die Kniebeuge ist befallen. Histologisch sieht man weitgehenden Schwund der Elastika und Abflachung des Papillarkörpers.

12. H. Ritter: a) **Papulonekrotisches Tuberkulid** an den Armen bei einem jungen Mädchen.

b) **Papulonekrotisches Tuberkulid** bei einem Erwachsenen an beiden Unterschenkeln, kombiniert mit alter Lues.

c) 3 **Psoriasisfälle** mit Triphal behandelt.

d) 2 Fälle von **Golddermatitis**, die sich in nichts von Salvarsandermatitiden unterscheiden. Bei einem Falle trat eine Keratose, ähnlich der **Arsenkeratose auf**.

e) Eine schwere **Salvarsandermatitis** zum Vergleich.

f) 1 Fall von **Teerakne**.

13. Westphalen: a) 1 Fall von **essentieller Cholesterinämie mit Xanthombildung**. Am ganzen Körper, vor allem in der Gegend beider Ellenbogen, in der Lumbalgegend und um die Kniegelenke zahlreiche hanfkorn- bis erbsengroße gruppierte Tumoren von typischer gelber Farbe. Histologisch: Xanthome. Kein Diabetes, kein Leberleiden. Blutzucker 0,146%. Cholesterinspiegel im Blute 0,8%.

b) 1 Fall von **Parapsoriasis guttata**. Über den ganzen Körper verstreut flache, bläulich-bräunliche Effloreszenzen von Linsen- bis Pfennigstückgröße; ganz geringe Infiltration, einzelne von einer Schuppe bedeckt, die sich als Blättchen ablösen läßt, seit 8 Jahren bestehend.

14. Grund: a) 1 Fall von **Adenoma sebaceum Pringle** bei einem Mädchen mit keinerlei Zeichen von Schwachsinnigkeit oder geistiger Minderwertigkeit.

b) 24jähr. Pat., die trotz energischer antiluetischer Behandlung mit Hg-Einreibungen und Injektionen mit Albert 102 am Ende der ersten Kur trotz negativer WR ein Rezidiv an beiden Oberschenkeln, Gesicht und Tonsillen bekam unter dem Bilde einer malignen Lues. Keine Spirochäten gefunden. Auf Bismogenol Tosse wesentliche Besserung.

Hoffmann-Bonn schlägt vor, diese Fälle mit Zittmann und Kalomelinjektionen zu behandeln.

c) 12jähr. Mädchen mit **Favus** zwischen den Schulterblättern. In den Schuppen mikroskopisch eine Reinkultur von Pilzsporen und Myzelien. Bemerkenswert der kulturelle Befund! Während im allgemeinen der Favus des Körpers durch den **Mäusefavus** hervorgerufen wird, konnte in diesem Falle ein Achorion Schönleinii gezüchtet werden.

Hoffmann-Bonn hat das Vorkommen von Achorion Schönleinii auf der Körperhaut öfter im Rheinland beobachten können.

d) **Leukoplakie der Zunge** ohne nachweisbare Ätiologie. WR negativ.

15. Breit: a) **Angiokeratoma** beider Hände.

b) **Zirkumskripte, streifenförmige Sklerodermie der Daumenbeugeseite.**

c) **Acne urticata.** (Erscheint im Arch. f. Derm.)

Digitized by Google

16. Erasmi: **Zinnobердermatitis.** Vor $2^1/_2$ Jahren Tätowierung auf beiden Armen bei einem 24 Jahre alten Pat. Vor $2^1/_2$ Monaten Auftreten von verrukösen Wucherungen in den mit Zinnober tätowierten Partien. Im histologischen Bild lymphozytäres Infiltrat ohne tuberkuliden Bau. Arning veröffentlichte 1916 bereits vier gleichartige Fälle und erbrachte den klinischen Beweis für die Hg-Ätiologie der Erkrankung. (13—16 aus der Ritterschen Abteilung in St. Georg.) Brandes-Hamburg.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Zeitschrift für Urologie.

1925, Bd. 19, H. 5.

Nierentuberkulose, von P. Blatt-Wien. S. 321. Verf. gibt uns eine Übersicht über den Erfolg von 30 an Nierentuberkulose Leidenden und durch Nephrektomie operierten Fällen, von denen 20 von ihrem Leiden vollkommen befreit wurden.

Zur Anatomie und Physiologie des Nierenbeckens, von H. Haebler, Chir. Univ.-Kl. Charité Berlin. S. 332. Die Ergebnisse seiner Forschungen sind folgende: Schichtenweises Vordringen von der Peripherie des Nierenbeckens nach der Schleimhaut zu ließ in der Adventitia, teilweise in unmittelbarer Nähe nicht unbeträchtlicher Gefäße, teilweise ohne Zusammenhang mit diesen, sehr starke vegetative Nervenbündel erkennen, die nicht nur als Gefäßnerven anzusprechen sind, sondern an der Versorgung der Muskulatur in der Nierenbeckenwand beteiligt sein mußten. Es wurden in unmittelbarer Nähe der Muskelschicht ziemlich stark sympathische geschlängelte Nervenbündel beobachtet. In den tieferen Schichten der Nierenbeckenwand fand er einen großen Nervenreichtum vegetativer, markloser, auch dünner, markhaltiger zerebrospinaler Nervenfasern. Ferner wurde ein äußerst feines, kleinplexusartiges Durchzogensein der Muskelfaser mit sympathischen Nervenfasern gefunden. Es konnte kaum gelingen, Nervenfasern in der Nierenbeckenwand auf eine längere Strecke zu verfolgen und ihre Endigungsweise festzustellen. Bei reinem, glattem Muskelbündel ohne Bindegewebe war keine Nervenfaser zu entdecken. Über den Befund von Ganglienzellen sind die Ansichten geteilt. Verf. hat in den tieferen Schichten Schwannsche Kerne gefunden. Die Nierenbeckenperistaltik wird als auf nervöser Basis beruhend angesehen.

Autohämotherapie bei gonorrhoischen Erkrankungen, von M. A. Saigràjeff, Staatl. vener. Inst. Moskau. S. 339. Die Autohämotherapie, eine unschädliche, schmerzlose Methode, vereinigt hinsichtlich der klinischen Wirkung die Autosero, die Autovakzine und die Autoproteinotherapie. Bei dieser Behandlung fehlt klinisch in der Regel die lokale Temperatur und Herdreaktion. Die wirksame Anfangsdosis beträgt 3—5 ccm; das Intervall soll 2—4 Tage dauern. Die Injektion kann an jeder Stelle ausgeführt werden. Die ersten zwei Injektionen erhöhen die Leukozytenzahl im Blute um 85%. Die Wirkung ist anhaltend und setzt bei Epididymitis die Bettzeit bis auf 24 Stunden herab. Die Autohämotherapie ruft eine Autoinokulation auf dem affizierten Organ hervor.

Über die diagnostische Bedeutung des Schrammschen Phänomens, von O. A. Schwarz, Urol. Abt. Chir. Univ.-Kl. Berlin. S. 350. Verf. hat bei der Untersuchung seiner Fälle, in denen er das Schrammsche Phänomen beobachtete, durch eine Nachuntersuchung eine spinale Erkrankung festgestellt, so daß nun dieses Phänomen als wertvoller diagnostischer Fingerzeig bewertet werden muß. Bei jeder zystoskopischen Untersuchung sollte auf dieses Phänomen und die Sichtbarkeit eines Teiles der hinteren Harnröhre oder ihres ganzen Verlaufes über den Colliculus seminalis bis zum Sphincter externus geachtet werden.

Zur Vakzinebehandlung der Gonorrhoe, von A. Heymann-Düsseldorf. S. 355. Das nach verbessertem Verfahren hergestellte Arthigon ist imstande, in Fällen, in denen die übliche Behandlung nicht zur Beseitigung führt, zusammen mit der bis dahin wir-

Digitized by Google

kungslosen Behandlung die Gonokokken zum Verschwinden zu bringen. Die autogene Vakzine sind hier mit Urotropinlösung abgetötet.

Komplikationen als Ursache von Harnverhaltung bei Harnröhrenverengerungen, von B. Goldberg-Wildungen. S. 359. Diabetiker, welche über heftigen Harndrang besonders bei Nacht klagen, müssen, falls Entzuckerung diesen nicht beseitigt, katheterisiert werden, damit die anfangs heilbare Retention nicht übersehen wird. Auch die Strikturen bei Diabetes gehören zu denjenigen, welche nicht mit der üblichen Dilatation behandelt werden dürfen; da Verhaltung entweder vorhanden ist oder jeden Tag droht, ist intermittierende Evakuation zugleich mit systematischer Entzuckerung einzuleiten; wenn Katheter nicht einführbar sind, ist ihnen durch Intraurethrotomie schleunigst der Weg freizumachen.

Omissio literaris, von A. Rothschild-Berlin. S. 364. Schlußbemerkung von V. Blum-Wien. S. 367. Polemik.

1925, Bd. 19, H. 6.

Die Chirurgie der Samenwege, von R. Picker-Budapest. S. 401. Das wiederholte Auftreten einer Nebenhodenentzündung, in längeren oder kürzeren Abständen auftretende fieberhafte Zustände, an welche sich chronische Harnleiden, wie Pyurie, Zystitis, Epididymitis usw., anschließen, lassen an eine Erkrankung der Samenblasen denken. Temperaturanstiege, bakteriologische Untersuchungen führen zur sicheren Diagnose. Therapie: Unblutige Eingriffe durch Entleerung der Samenblase durch Expression. Katheterismus der Ductus ejaculatorii, antiseptische Behandlung des Gangsystems und schließlich die blutigen Eingriffe der Exstirpation der Samenblasen oder Nebenhoden, die je nach dem Stande des Allgemeinbefindens anzuwenden ist. Wenn der Nebenhoden gänzlich vereitert oder chronische Abszesse oder septische Erscheinungen auftreten, so ist die Entfernung der Epididymis angezeigt.

Über die Behandlung der akuten Gonorrhoe mit Azykal, von E. Rajka. I. Urol. Abt. d. Teleia Budapest. S. 407. Azykal, ein Silberpräparat mit 54,3%, hat eine äußerst stark gonokokkentötende Kraft in der Verdünnung von 1:10000. Nach 2 bis 3 Wochen gonokokkenfrei, nachher die üblichen adstringierenden Agentien. Azykal setzt keine Reizung, beschmutzt auch nicht die Wäsche; der Ausfluß war schnell beseitigt.

Ein Fall von Syphilis der Samenblase, von E. R. W. Frank-Berlin. S. 415. Im Anschluß an Pollutionen Blutungen. Da Pat. früher an Lues gelitten und das Nervensystem Erscheinungen bot, die an Lues denken ließen, und die WR positiv war, hatte der Verf. die antiluetische Kur eingeleitet, die zum Ziele führte.

Eine neue Therapie gonorrhoischer Harnröhrenstrikturen, von V. J. Marselos-Athen. S. 417. Unter Anführung von einigen Fällen zeigt Verf. den Erfolg der diathermischen Dilatation; Stromstärke 16—2000 Mill., Temperatur 43—45°. Die Methode wird bei allen Strikturen, selbst filiformen, angewendet, wodurch jede blutige Operation vermieden und eine schnelle Linderung der Schmerzen erreicht wird; gleichzeitig wird eine eventuelle Tripperinfektion mitbehandelt. Die Resultate sind dauerhaft.

Über Technik und Apparate für die verschiedenen kolorimetrischen Untersuchungen der Nierenfunktion, von A. Cassuto, Chir. Univ.-Kl. Rom. S. 420. Um die Dosierung von Indigo-Karmin und Fluoreszin in den Harnen theoretisch und praktisch durchzuführen, hat Verf. an dem Kollimator der Kalorimeter von Dubosq-Laurent für jede Substanz besondere Filter anfertigen lassen, welche die Komplementfarben des Spektrums absorbieren und nur das in Absorptionsstreifen enthaltene Licht unverändert passieren lassen.

Doppelureter und doppeltes Nierenbecken, von K. Haslinger, II. Chir. Univ.-Kl. Wien. S. 422. Nach des Verf. Erfahrungen mußten etwa 50% operiert werden, während nur ein kleiner Teil keine Erscheinungen aufwies. Der untere Nierenabschnitt ist aber so oft erkrankt als der obere. Jedenfalls ist dieser Mißbildung erhöhte Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Betrachtungen zum Mechanismus der Harnableitung, von K. Lion-Wien. S. 428. Beim Eintritt des Ureters in die Blase verengert sich derselbe, um die Wirkung der Peristaltik zu unterstützen und den Innendruck der Blase zu überwinden. Vor diesem verengten Teil befindet sich eine Verstärkung der Wandung des Ureters in die sogenannte Ureterscheide, die aus longitudinalen Muskelfasern, welche von der Harnblase auf die Ureteren übergeht, besteht. Diese Muskelschicht ist mit dem die Muskelschicht zusammenhaltenden Bindegewebe durch einen injizierbaren Zwischenraum von dem Ureter getrennt, welcher als eine Lymphscheide aufzufassen ist. Durch diese Muskel-

Digitized by Google

bündel wird die Adventitia verstärkt, die aus einzelnen muskulösen Streifen besteht, die der Uretermuskulatur selbst angehört und den Zweck hat, die Ureterwand an dieser Stelle zu verstärken, um ihre Dehnung zu verhindern.

Urologisches bei Schwangerschaft und bei Neugeborenen, von G. Armbruster-Gernsheim a. Rh. S. 430. Abgesehen von durch Infektionen, Erkältungen disponierten Erkrankungen der Niere kann auch eine ungewöhnlich dicke Nabelschnur eine solche Nierenerkrankung hervorrufen. Therapie: Diät, verminderte Kochsalzeinnahme, Vermeidung von Fleisch, Ruhe. Ursache der Urämie bei Schwangeren: Druck des Uterus auf Ureter. Man unterscheidet eine exsudative und eine stille Urämie. Therapie: Künstliche Frühgeburt, heißes Vollbad. Das venöse Stauungsödem als Zeichen von Herzschwäche führt zu Gehirnödem. Schuld daran sind die Klappen in den unteren Bulbi der beiderseitigen Jugularvenen, die der Bluthemmung dienen und durch den Musculus omohyoideus sich schwer öffnen. Die Kompression der Luft in der Bauchhöhle bedingt ein Höhertreiben des Zwerchfells, wodurch eine Zerreißung gewisser an ihm befestigter Bänder hervorgerufen wird. Dadurch entsteht Wanderleber und Wanderniere. Durch das vorübergehende Sinken der Körpertemperatur beim Neugeborenen wird die antiseptische Harnsäure vermehrt. Harnsäureinfarkte der Neugeborenen gelten als Beweis des Lebens nach der Geburt. Bei der nur allmählich abheilenden Nabelwunde treten störende Granulationen mit Eiterbakterien durch die fehlende Vagusreaktion als harnabsondernder Nerv in den Nierenvenen eine Rückstauung auf, wodurch Stauungsniere entsteht; deshalb bei Neugeborenen leicht Albuminurie.

Zur Behandlung der Harnröhrenmastdarmfistel, von J. J. Stutzin-Berlin. S. 435. Stutzin nimmt die Priorität der von Voelker-Halle veröffentlichten Methode, bei schwer zu behandelnder Harnröhrenfistel den Wechsel des Dauerkatheters dadurch zu erleichtern, daß er an das Blasenende des Dauerkatheters einen Faden bindet, der zur suprapubischen Fistel herausgeleitet wurde, für sich in Anspruch. Diesbezügliche Veröffentlichungen schon 1917.

1925, Bd. 19, H. 7.

Zur Frage der chirurgischen Behandlung interner Nierenkrankheiten, von H. Strauß-Berlin. S. 481. Verf. hält eine Dekapsulation bei ausgeprägten Fällen von Nephritis haemorrhagica dolorosa speziell bei einseitigem Sitze der Schmerzen und für die Formen von subakuter Urämie mit ausgeprägter Oligarie oder Anurie bei subchronischer Nephritis für indiziert; wenn er auch bei den anderen Fällen von Urämie bei akuter Nephritis keinen ausgesprochenen Erfolg erwartet, so ist er kein direkter Gegner, zumal diese Fälle eventuell auch ausheilen können.

Maximilian Nitzes Erfindung des Zystoskops und sein Ausbau der Gebrauchsanweisung dafür, von O. Ringleb-Charlottenburg. S. 484. Die historische Entwicklung des Zystoskops und ein Denkmal für den Erfinder Maximilian Nitze.

Nierentuberkulose und Schwangerschaft, von S. Werboff-Petersburg. S. 496. Die Schwangerschaft wirkt auf die latente Nierentuberkulose provozierend. Das Exazerbieren der Nierentuberkulose im Anschluß an die Schwangerschaft hängt ab von der durch diese Zeit bedingten großen Schwächung des Körpers und von dem von den Genitalien herrührenden Zirkulationsinsult. In einzelnen Fällen bewirkte die fortschreitende Schwangerschaft eine schnelle Ausbreitung des Nierenprozesses und eine so schwere Dekompensation, daß nur der rechtzeitige ärztliche Eingriff noch ernsteren Folgen vorbeugen konnte. Pathologisch-anatomisch zeigen die Nieren häufig die kavernöse Form und einen sehr schnellen Zerfall. Die Symptomatologie besteht in Hämaturie, schmerzhaftem Harndrang, Pyurie und Tuberkelbazillenbefund, Verschlechterung des Allgemeinbefindens. Da die Empfindlichkeit der Schwangeren gegen Tuberkulin vermindert ist, ist der diagnostische Wert der Tuberkulinprobe nicht sehr groß. Die Therapie besteht in der Unterbrechung der Schwangerschaft oder Entfernung der Niere, falls ein heftiges Fortschreiten des Prozesses bedenklich wird und falls die andere Niere intakt ist.

Zwei Fälle von angeborenem Harnröhrendivertikel, zugleich ein Beitrag zur Wiederherstellung eines ausgebreiteten Harnröhrendefektes, von A. v. Adler-Racz, Urol. Kl. Budapest. S. 554. Zwei angeborene Harnröhrendivertikelbildungen, von denen die eine mit starker Infektion und Steinbildung einherging, die ganz besonders auf langes Bestehen der Infektion hindeutet und schließlich durch Einklemmung eines Steines in der Harnröhrenöffnung eine Urininfiltration mit schweren Allgemeinfolgen zeitigte. Operative Heilung.

Digitized by Google

1925, Bd. 19, H. 8.

Ersatz einer Schrumpfblase durch Transposition des S romanum, von P. Straßmann-Berlin. S. 583. Eine sehr interessante Operation, die dem Autor alle Ehre macht. Die Ausführung ist für den Interessenten im Original nachzulesen. Aus den Schlußfolgerungen ersieht man, daß ein Anpassen der Motilität der Muskelwand des neuen Behälters zustandekommt, und daß sich auch an der zirkulär genähten Stelle keine Verschrumpfungen oder Verengerungen einstellen. Eine Besorgnis einer Infektion ist nicht zu befürchten. Der Verf. nimmt an, daß das überpflanzte Darmepithel durch die Bespülung mit Harn keine gefahrdrohende Störung erleidet, und daß er allmählich metaplasieren wird. Die Kapazität der vor der Operation untersuchten Blase ergab kaum einen Raum für einen Finger, etwa 20 ccm Urin; nach der Operation faßte die Blase etwa 120 ccm.

Regeneration der Blase nach Exstirpation infolge Blasengeschwulst, von C. Ravasini-Triest. S. 601. Nach Exstirpation eines Teiles der Blase, in dem ein großes Epitheliom saß, und nach Einnähung des rechten Ureters in den restierenden Blasenteil tritt eine Regeneration wieder ein; beide Harnleiter sind insuffizient. Urin ist klar. Entleerung folgt alle 2—3 Stunden.

Heilung von 35 Fällen gonorrhoischer Nebenhodenentzündung und Hodenentzündung mittels der Diathermie und unserer Spezial-Perineoskrotalelektrode, von V. J. Marselos-Athen. S. 604. Es gelingt durch die vom Verf. eingeführte Perineoskrotalelektrode, die dem Perineum angepaßt wird und den Hoden umfaßt und den speziell wärmetragenden Katheter von Roucayrol Epididymitis und Blennorrhoe der Harnröhre schnell zu heilen; die Schmerzen schwinden sofort, so daß der Pat. seinem Berufe nachgehen kann. Eine Sterilisierung wird verhindert.

Olyptol, ein neues Terpentinölpräparat, von W. Karo-Berlin. S. 607. Olyptol besteht aus 10% Terpentinöl, 1% Eukalyptol und 0,5% Eukupin in feinstem Olivenöl. Es wird intramuskulär injiziert; die Injektion ist schmerzlos und bei Koliken schmerzstillend. Keine Nierenreizung. Der Verlauf der Blennorrhoe wird abgekürzt, ebenso die Komplikationen, welche bei frühzeitiger Anwendung behindert werden. Günstig beeinflußt wird die Polyarthritis blennorrhoica, Pyelitis mit sekundärer Blasenreizung, Zystitis, Blasentuberkulose nach Nephrektomie. Nachprüfung empfohlen.

Versuch einer ätiologischen Klassifikation der Retentionsgeschwülste der Niere, von B. Laqueur-Leningrad. S. 610. Vergrößerung des Nierenraumes infolge von Urinstauung im Nierenbecken und den Kelchen nennt der Verf. Megalonephron. Das Endstadium mit Erweiterung des Nierenbeckens und der Kelche Hydronephrose. Die ätiologische Klassifikation der Nierenretentionsgeschwülste zerfällt in 6 Gruppen: 1. Retentionsstadien: Pyeloektasie und Hydronephrose. 2. Kommunikation des Geschwulstinhaltes mit der Blase: Offene, geschlossene, partielle Retention. 3. Inhaltseigenschaft: Uronephrosis, Pyonephrosis, Hämatonephrosis, Hydronephrosis, Mukonephrosis und Pyohydronephrosis. Mikrobiologisch: Aseptische Hydronephrose, primäre Pyonephrose, sekundäre Pyonephrose. 4. Zeit der Geschwulstentstehung: Angeboren und erworben. 5. Undurchgänglichkeit: Obturationstypus (außen, innen), Volvulus und Strangulationstypus, spastisches und paralytisches Hindernis. 6. Lokalhindernis: Im Bereich der Urethra, Blase, Ureter, Nierenbecken, Kelche, Parenchym. Verf. gibt noch eine Übersicht über die verschiedenen Ursachen zur Undurchgänglichkeit des Harntraktus.

W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Archives of Dermatology and Syphilology.

1925, Bd. 11, Nr. 6.

Skin Diseases and Syphilis in the English Colonies of North America, with Notes on the Subsequent Period (Hautkrankheiten und Syphilis in den englischen Kolonien Nordamerikas, mit Bemerkungen über die nachfolgende Zeit), von J. E. Lane-New Haven. S. 721. Erst in der Mitte des 19. Jahrhunderts setzte das Interesse für die Dermatologie und Syphilidologie ein. Vor dieser Zeit existierte die Dermatologie nicht als Spezialfach. Die frühesten ärztlichen Berichte über Hautkrankheiten beschäftigen sich mit der Wirkung von Insektenstichen und Pflanzenberührung auf die Haut; ferner mit der Heilung der Syphilis, die anfangs mit der Framboesie für identisch gehalten und mit Wurzeln durch die pfanzenkundigen Indianer angeblich recht erfolgreich be-

Digitized by Google

kämpft wurde. Das Interesse für die Dermatologie wuchs schnell, bis es zur Gründung einer Dermatologischen Vereinigung kommt, die als erste in der Welt 1877 in einer Sitzung an den Niagarafällen gegründet wurde. Die erste Professur wurde 1867 in New York eingerichtet und das erste Krankenhaus für Hautkrankheiten 1883 in New York eröffnet.

The Wassermann Test. XIV. The Effect of Sulpharsphenamin on the Wassermann Reaction (Die Wassermann-Reaktion. XIV. Die Wirkung des Sulfarsphenamins auf die Wassermann-Reaktion), von D. L. Belding-Boston. S. 736. Die Wirkung des Sulfarsphenamins auf die WR wurde bei 69 Pat. sowohl bei erworbener als auch kongenitaler Syphilis beobachtet. Ein Drittel der Pat. zeigte keine, ein Drittel eine mäßige und ein Drittel eine auffallende Besserung der WR.

Protein Sensitization in Pruritus with Lichenification; Preliminary Report (Eiweißsensibilisierung bei lichenifiziertem Pruritus), von F. Wise und M. Ramirez-New York. S. 751. Eine Reihe von Pat. wurde von ihrer „Neurodermatitis" befreit, wenn ihnen das Eiweiß entzogen wurde, das bei ihnen eine positive Hautreaktion verursachte. Einige dieser Pat. litten an Bronchialasthma, einige an Heuschnupfen. In wenigen Fällen wurde nicht nur eine Reaktion auf Eiweiß festgestellt, sondern auch auf tierische und pflanzliche Bestandteile.

Monilia as a Possible Etiologic Factor in Psoriasis. Preliminary Report (Monilia als möglicher ätiologischer Faktor bei Psoriasis. Vorläufiger Bericht), von M. S. Fleisher und M. Wachowiak-St. Louis. S. 756. In 30 Psoriasisfällen wurden in 82% im Stuhl, in 21% im Blut und in 46% in Hautabstrichen Monilia gefunden. Von 100 gesunden Personen waren die Resultate negativ. Eine aus diesen Organismen hergestellte Vakzine scheint einen therapeutischen Einfluß zu haben.

The Clinical Significance of Some Common Dermatoses (Die klinische Bedeutung einiger gewöhnlicher Hautkrankheiten), von F. J. Eichenlaub-Washington. S. 759. 12 Fälle von Hautkrankheiten bei Pat. mit organischen Erkrankungen werden geschildert. Hauterkrankungen, wie Seborrhoe, Pruritus und Neurodermitis bei Pat. mit einem Nervenleiden besserten sich, wenn das Nervenleiden günstig beeinflußt werden konnte; dasselbe war der Fall bei Herz- und Nierenkranken. Unter den Fällen mit Stoffwechselkrankheiten heilte eine ausgedehnte Dermatitis ab nach dem Fortlassen von Salz in der Nahrung. Verf. empfiehlt bei allen chronischen oder rezidivierenden Dermatosen stets auf eine Organerkrankung zu achten.

The Roentgen-Ray Treatment of Various Dermatoses, Acluding a Comparative Study of the Treatment of Eczema of the Hands Using One-Fourth and One-Half Skin Units (Röntgenbehandlung verschiedener Hautkrankheiten, einschließlich einer Vergleichsstudie über die Ekzembehandlung der Hände mit $^1/_4$ und $^1/_2$ Hauteinheit), von M. Brown-Philadelphia. S. 764. Verf. berichtet über sehr gute Erfolge besonders bei chronischem Ekzem, Warzen, Trichophytie und Acne vulgaris. Nach seiner Erfahrung ist $^1/_2$ Hauteinheit zeitsparender und auch wirksamer wie $^1/_4$ Hauteinheit.

The Value of Flumerin in the Treatment of Syphilis (Der Wert des Flumerins in der Behandlung der Syphilis), von J. C. Fox, G. H. Gildersleeve und J. F. Preston-New Haven. S. 768. Flumerin brachte floride Lues II schnell zum Schwinden, floride Lues III langsamer. Dunkelfelduntersuchungen ergaben negative Resultate 48 Stunden nach den ersten, zweimal täglich erfolgten Injektionen. Die WR war nicht stärker beeinflußt wie durch andere Methoden. Nur ein klinisches Rezidiv ereignete sich während der Behandlung. Bei einem salvarsanresistenten Pat. hatte Flumerin gute Wirkung. Fünf Patienten boten schwere toxische Erscheinungen nach der Behandlung, so daß diese unterbleiben mußte. Im Durchschnitt wurden 4 mg pro kg Körpergewicht, zweimal wöchentlich, im ganzen 8—12 Injektionen gut vertragen. Eine ständige Urinkontrolle ist notwendig.

Pemphigus: Experience with the Davis Treatment (Pemphigus: Erfahrungen mit der Davisbehandlung), von G. Wende-Buffalo. S. 782. Mit der Behandlung nach Davis: Eisenarseninjektionen abwechselnd mit Koagulen wurde eine klinische Heilung von 62,5% und Besserung in 100% erzielt. Durchschnittliche Dauer der Behandlung: 10 Wochen.

Experimental Studies on Immunity in Herpes simplex with Notes on the Infectivity of the Blood and Spinal Fluid and on the Filtrability of the Herpetic Virus (Experimentelle Studien über die Immunität bei Herpes simplex mit Bemerkungen über die Infektiosität des Blutes und der Rückenmarksflüssigkeit und über die Filtrierbarkeit des herpetischen Virus), von S. S. Greenbaum und M. J. Harkins-Philadelphia.

Digitized by Google

S. 789. Herpes ist bei Kaninchen eine Allgemeininfektion. Die Filtrierbarkeit des Virus wechselt mit dem Medium. Die lokale Gewebsimmunität durch das herpetische Virus ist nicht absolut. Je schwerer die Infektion, desto größer die lokale Immunität. Milde Infektion schützt nicht gegen eine spätere schwere Infektion. Eine komplementbindende Substanz entwickelt sich nicht beim Herpes. Subkutane Injektion des Virus bringt geringe oder gar keine Immunität bei Herpes.

Studies on Hair with Special Reference to Hypertrichosis (Studien über das Haar mit besonderer Berücksichtigung der Hypertrichose), von C. H. Danforth, Univ. Stanford. S. 804. Die Haarverhältnisse des Menschen und des menschlichen Fötus werden ausführlich geschildert. L. Mühlpfordt-Allenstein.

Dermatologische Zeitschrift.

1925, Bd. 44, H. 2/3.

Therapeutische Versuche mit Organluetin, von H. Planner, Univ.-Kl. f. Haut- u. Geschlechtskrkht. Wien. S. 79. Unter Anführung zahlreicher Krankengeschichten berichtet Verf. über mehr oder weniger gute Beeinflussung tertiärsyphilitischer Symptome durch Organluetin. Die Wendung zum Besseren trat mit Ausnahme eines Falles, bei dem wahrscheinlich die Ulzerationen nicht dem Tertiärstadium, sondern dem Sekundärstadium (zerfallende Papeln) angehörten, in so unmittelbarem Anschluß an die Luetininjektionen ein, daß Verf. einen kausalen Zusammenhang nicht bezweifelt. Die erzielten Effekte waren graduell verschieden, von nur leichter objektiver Beeinflussung bis zu fast völligem und zu vollständigem Abheilen der Erscheinungen. In zwei Fällen wurden Rezidive in loco und in einem Fall das Auftreten von Gummen an entfernten, vorher gesunden Stellen beobachtet. Die verabreichten Luetinmengen schwankten zwischen 1. 3 und 10 ccm. Die Appiikationsart und die Dosierung bedürfen noch weiterer Studien. Verf. erhofft von der Kombination der Chemotherapie mit der Vakzination eine Verbesserung der Heilerfolge bei Lues.

Über eine kleinpapulöse Form der Urticaria pigmentosa mit eigentümlichen Degenerationsformen der Mastzellen, von A. Kissmeyer, Derm. Univ.-Kl. Kopenhagen. S. 93. Es handelte sich um eine Hautanomalie bei einem 19jähr. Studenten, die den ganzen Körper einnimmt und durch eine eigentümliche grobe Felderung der Haut, hyperämische Rötung und leichte Pigmentierung gekennzeichnet ist. Der Eindruck der Hyperämie überwiegt den der Pigmentierung. Histologisch finden sich Mastzelleninfiltrate im Korium, die in großer Ausbreitung und unter eigentümlichen Formen auftreten. Die Mastzellen zeigen ausgesprochen regressive Veränderungen.

Die Hämolysinreaktion im Liquor cerebrospinalis bei der Lues des Zentralnervensystems, von A. Memmesheimer, Hautkl. Städt. Krankenanst. Essen. S. 101. In 28 Fällen von Lues I und I/II fiel die Hämolysinreaktion negativ aus; dagegen fanden sich unter 94 Fällen von Lues II 6 positive Ergebnisse. Von 87 Fällen von Lues latens reagierten 3 positiv, bei Lues III 1 von 4 Fällen, bei Paralyse 46 von 82 Fällen, bei Lues cerebrospinalis 1 von 3 Fällen, bei Lues cerebri 5 von 28 Fällen, bei Übergangsfällen 3 von 11 Fällen positiv. Bei Tabes und Lues congenita fiel die Reaktion stets negativ aus. Die Nachuntersuchung des Liquors nach Malariabehandlung lieferte folgende Ergebnisse: Bei den 6 Fällen von Lues II wurde 2 Monate nach Abschluß der Kur die Hämolysinreaktion negativ, ebenso bei den 3 positiv reagierenden Fällen von Lues latens und dem einen Fall von Lues III. Von 8 Fällen von Lues cerebri und Übergangsfällen wurden 2 nach 4 Wochen, 2 weitere nach 3 Monaten negativ. Von den Paralytikern zeigten 7 sofort nach Abschluß der Fieberkur, 2 nach dem vierten Fieberanfall, 14 nach 2 Monaten und 1 nach 3 Monaten negative Reaktion. Verf. schreibt der Hämolysinreaktion große prognostische Bedeutung zu.

Ein Beitrag zur spezifisch-unspezifischen Behandlung in der Dermatologie, von R. Kaufmann-Frankfurt a. M. S. 117. Verf. hat zahlreiche Fälle von Epididymitis blennorrh., Prostatitis, Furunkulose, Impetigo, Hidroadenitis, Kolizystitis, Trichophytia profunda, phagedänischem Schanker mit Mischspritzen von Olobintin oder Terpichin mit der betreffenden spezifischen Vakzine (Arthigon, Gonargin, Opsonogen, Leukogen, Kolivakzine) behandelt. Die Injektionen wurden jeden 2.—3. Tag mit steigenden Mengen verabreicht. Sie wurden mit 0,25 ccm Öl und 20 Millionen Keimen begonnen und bis zu 1 ccm Öl und 1000 Millionen Keimen erhöht. Meist genügten 4—5 Injektionen. Besonders gut waren die Heilerfolge bei Furunkulose, sehr günstig bei Epididymitis blen-

Digitized by Google

norrh., weniger eklatant bei Prostatitis. Kolizystitis wurde durch Mischspritzen nicht beeinflußt. Die Fälle von Trichophytie, phagedänischem Schanker und Impetigo wurden rasch zur Heilung gebracht.

1925, Bd. 44, H. 4/5.

Drei Fälle von familiärer Keratose der Haut und Schleimhäute, kombiniert mit Blasenbildung und kolloider, zu schweren Funktionsstörungen (Larynxstenose) führender Schleimhautdegeneration, von G. Miescher, Derm. Univ.-Hautkl. Zürich. S. 189. Bei drei Geschwistern von blutsverwandten Eltern entwickelte sich von Geburt bzw. von frühester Jugend an eine durch Kombination von Haut- und Schleimhautsymptomen charakterisiertes Krankheitsbild. Auf der Haut zeigten sich ichthyosiforme Veränderungen, die in den einzelnen Fällen nur graduelle Unterschiede aufwiesen. Es fanden sich herdförmige lokalisierte Hyperkeratosen an Ellenbogen und Knien, ferner Keratoma palmare et plantare sowie eine papilläre Umwandlung der Haut an den Ellenbogen, Streckseiten der Fingergelenke, in den Nasolabialfalten und in der Sakralgegend. Zwei Fälle zeigten außerdem noch verruziforme Bildungen an den Händen. Die Schleimhautveränderungen, die bis zum Kehlkopf reichen, bestehen in einer papillären, samtartigen Umwandlung der Oberfläche und in einer bald diffusen, bald fleckförmigen oder strangförmigen sklerotischen Verdickung und Infiltration der Schleimhaut selbst. Stellenweise sind narbige Veränderungen vorhanden. Infolge Erkrankung des Kehlkopfes ist die Stimme tonlos. Bei allen Pat. ist früher wegen Erstickungsanfällen die Tracheotomie ausgeführt worden. An den Streckseiten der Vorderarme und Unterschenkel, ferner in einem Fall an den Händen und in einem anderen Fall in der Hüftgegend sowie in allen 3 Fällen auf den Schleimhäuten finden sich blasige Effloreszenzen, die meist auf geringfügige traumatische Insulte auftreten. Die Blasenbildungen sind in 2 Fällen erst im Kindesalter, in dem dritten Fall im 30. Lebensjahre zum erstenmal in Erscheinung getreten. Histologisch erweist sich die Verdickung und Infiltration der Schleimhaut als eine Homogenisierung und Hyalinisierung des Bindegewebes unter Verdrängung der elastischen Fasern. Die Gefäße sind von hyalinen Mänteln umgeben; die Schleimdrüsen sind von einer kompakten hyalinen Masse eingeschlossen. Die Veränderungen entsprechen der von Unna beschriebenen kolloiden Umwandlung des kollagenen Gewebes. Die genannten dystrophischen Veränderungen finden sich auch in den verruziformen Bildungen der Haut angedeutet.

Über das Verhältnis des Lichen ruber acuminatus zur Pityriasis rubra pilaris, von K. Schmitt, Derm. Univ.-Kl. Frankfurt a. M. S. 201. Das von französischen Autoren Pityriasis rubra pilaris genannte Krankheitsbild ist mit Lichen ruber acuminatus Hebra-Kaposi identisch. Die Unterscheidungsmerkmale, wie verschiedener Verlauf, speziell betreffend Allgemeinbefinden, ferner Wirkung der Medikamente, Lokalisation und Symmetrie, histologischer Befund, Juckreiz, Pigmentation, Rezidive und Kombination von Planus- und Akuminatusform, vermögen nicht mit Bestimmtheit die eine oder andere Erkrankung auszuschließen. Der Lichen ruber accuminatus stellt in Kombinationsfällen von Lichen ruber acuminatus und planus nichts anderes als einen modifizierten Lichen ruber planus dar.

Experimentelles und Klinisches zur Wismuttherapie, von L. Grumach, Univ.-Hautkl. Königsberg i. Pr. S. 221. Die Versuche der Resorption des Wismuts bestanden 1. aus der röntgenphotographischen Verfolgung des Abbaues der Muskeldepots, 2. der quantitativen Feststellung der Abnahme des Bi-Gehaltes in den Muskeln, 3. der Beobachtung der lokalen Vorgänge im histologischen Bilde. Ad 1. Die Resorption des Bi beginnt gleich nach der Injektion und ist im Laufe von 4—6 Wochen beendet. Die einzelnen Präparate zeigen untereinander einige Unterschiede. Von den Mitteln mit höherem Bi-Gehalt wird Bisuspen am schnellsten resorbiert; dann folgt Bismogenol und in weitem Abstand Milanol. Unter den Präparaten mit schwächerem Bi-Gehalt wird Cutren rascher als Spirobismol aufgenommen. Ad 2. Der Bi-Abbau beginnt sofort in langsamem Tempo, verstärkt sich vom 3.—8. Tage und in der dritten Woche. Es wurden nur Bismogenol und Spirobismol geprüft. Die vollständige Resorption erfolgt bei Spirobismol rascher als bei Bismogenol. Ad 3. Bis in die dritte Woche sind histologisch Nadeln oder Schellen nachweisbar. In der vierten Woche sind sie nur noch vereinzelt anzutreffen. Auf Grund der experimentell gewonnenen Einblicke in die Resorptionsverhältnisse des Bi schlägt Verf. folgende Dosierungsschema vor: Nach einer Anfangsdosis von 1 ccm, am Tage darauf 2 ccm und in 10—14 Tagen Doppelinjektionen von je 1 ccm in beide Glutäen. 6—7 solcher „Schläge" bilden eine Serie. Fast ausnahmslos trat wäh-

Digitized by Google

rend oder kurz nach der Kur ein Umschlag der WR ein. Nach sechswöchiger Pause wird noch eine Sicherheitsserie verabfolgt.

Ein Fall von Erythrodermia ichthyosiformis congenita (Brocq) bzw. Keratosis rubra congenita (Rille), von E. A. Gollmer, Derm. Stadtkrkhs. II Hannover. S. 235. Es handelt sich um ein 8 Tage altes Kind gesunder, nicht blutsverwandter Eltern, das bei der Geburt bereits Ichthyosis und Rötung der Haut, daneben Seborrhoe und starke Krustenauflagerung der Kopfhaut, Ektropion der Augenbindehaut mit Conjunctivitis purulenta (non blennorrhoica) aufwies. Im Laufe einer neunwöchigen Beobachtungszeit unter indifferenter Salben- und Bäderbehandlung zeigten die Hautveränderungen ein wechselvolles Verhalten. Die verdickte Epidermis löste sich dreimal in großen Lamellen ab. Es war dann eine reine Dermatitis vorhanden, an deren Stelle für wenige Tage normale Haut trat, die dann wiederum ichthyotisch wurde. 2 Wochen nach der Aufnahme trat eine Superinfektion in Form von Pusteln hinzu. Exitus etwa 7 Wochen nach der Aufnahme.

Über ekzemähnliche Formen des flachen Hautkrebses, von W. Löwenfeld-Wien. S. 243. Verf. führt 6 Fälle von Hautkrebs an, denen eine mehr oder weniger stark ausgeprägte ekzemartige Beschaffenheit des ganzen Erkrankungsherdes oder wenigstens einzelner Partien desselben gemeinsam ist. In einem Falle ähnelte die Erkrankung einem seborrhoischen, in den anderen Fällen einem schuppig-krustösen Ekzem. In zwei Fällen davon war das Bild noch durch beginnende Ulzeration und Narbenbildung kompliziert. Mikroskopisch erwiesen sich sämtliche Fälle als vollausgebildete Karzinome vom Basalzelltyp bzw. als verhornender Plattenepithelkrebs. F. Harry-Wiesbaden.

Acta dermatologica-venereologica.

Juni 1925, Bd. 6, H. 2.

Über Schleimhautveränderungen bei Morbus Darier und über die Pathogenese dieser Erkrankung, von St. R. Brünauer. S. 131. Zwei Fälle von Morbus Darier mit Schleimhautveränderungen, Vater und Tochter; auch der Großvater hatte bereits an der gleichen Dermatose gelitten. Wie in früheren Fällen, waren auch hier die Monozyten und Übergangsformen des Blutbildes auffallend vermehrt. Von den Schleimhauterscheinungen traten bei dem Mädchen charakteristische Knötchenbildungen an den Schamlippen und der Vulva in den Vordergrund. Bei dem Vater, der zur Obduktion gelangte, ließen sich die Effloreszenzen an Wangenschleimhaut, Gaumen, Uvula, im Bereiche des Pharynx, der Epiglottis, des Ösophagus bis hinab zur Kardia verfolgen. Aus den weitgehenden Übereinstimmungen der Befunde auf der Haut und auf den Schleimhäuten ergibt sich, daß die Dariersche Dermatose sich nicht nur auf den Abkömmlingen des äußeren Keimblattes, sondern auch des Entoderms entwickeln kann. Die histologischen Charakteristika der Darierschen Dermatose und ihre Beziehungen zu anderen Dermatosen erfahren unter Berücksichtigung der gesamten vorliegenden Literatur eine eingehende Besprechung, in deren Verlauf Fälle von Acanthosis nigricans, kongenitaler Dyskeratose und Leucoplacia mucosae oris differentialdiagnostisch analysiert werden. Nach Ansicht des Verf. sind die in den bisherigen Beschreibungen meist vernachlässigten Vorgänge an der Basalschicht von wesentlicher Bedeutung für die Pathogenese des Morbus Darier. Durch die pathologischen Sprossungen der Basalzellen werden die Retezellen aus ihrem gegenseitigen Gefüge gebracht; es entstehen akantholytische Lücken- und Spaltbildungen, Störungen des Zellstoffwechsels, die zu degenerativen Prozessen führen müssen, die auch die Para- und Hyperkeratosenbildung erklären. Diese Erklärung der formalen Genese der Darierschen Krankheit berührt aber nicht die sichere Zugehörigkeit dieser Affektion zu den Genodermatosen.

Versuche über Karzinomerzeugung mittels Indol und dessen Wirkungsweise auf den tierischen Organismus, von F. Fischl. S. 180. Zwecks Nachprüfung der nach Ströber und Wacker angeblich karzinomerzeugenden Fähigkeiten des Indols wurden experimentelle Untersuchungen an Paramäzien, Fischen, Fröschen und Mäusen unternommen. Weder durch Indolinjektionen noch durch Indolsalbenfriktionen konnten karzinoide Strukturen erzeugt werden. Indol ist wie Pyrrol ein zerebrales Krampfgift. Die Toleranz ist bei Kaltblütern wesentlich höher als bei Warmblütern. Die toxischen Erscheinungen bei Infusorien und Kaltblütern schwinden in frischem Wasser. Eine wesentliche Bedeutung der Indolintoxikation für die menschliche Pathologie läßt sich bisher nicht nachweisen.

Digitized by Google

Melanoderma und Leucoderma syphiliticum. Leucoderma syphiliticum e papulis mucosis, von J. Almquist. S. 189. Nach Abheilung syphilitischer muköser Papeln entstehen mitunter an den Genitalien und am After Leukodermflecke mit den typischen Eigenschaften des Leukoderms. Sie sind indessen im Gegensatz zu dem üblichen Leukoderm von verschiedener Größe unregelmäßig und konglomeriert, nicht diffus und gleichmäßig. Sie stellen kein Totalbild der vorangegangenen Erscheinungen dar, sondern nur ein Teil der Papeln erfährt diese Umwandlung. Vier Fälle.

Über Granuloma fungoides der Haut und inneren Organe und ein hierher gehöriges Krankheitsbild mit gelungener Übertragung auf Meerschweinchen, von St. R. Brünauer. S. 198. Zwei Fälle von Mycosis fungoides, von denen der eine zur Obduktion kam und schwere Veränderungen innerer Organe bot. Im Blutbild waren die Eosinophilen erheblich vermehrt; in dem ad exitum gekommenen Fall betrugen sie im Endstadium 70%. In einem Fall bestand eine Neuritis, sonst keine Erscheinungen des Nervensystems; in einem Fall geschwürige Veränderungen am Zungengrund. Röntgenbestrahlung hatte bei der reinen Hautmykosis guten Erfolg; in dem Fall, der auch die inneren Organe betraf, konnte der letale Ausgang nicht verhindert werden. WR war in beiden Fällen negativ. Zur Differentialdiagnose wird ein Lymphogranulomfall herangezogen. In Haut, Lymphdrüsen, Leber, Milz und Niere wurde charakteristisches mykosides Granulationsgewebe festgestellt, das sich durch die Polymorphie seiner Zellen und ihre Einlagerung in das Maschenwerk eines zarten Retikulums auszeichnet. Die wenigen bisher mit mykotischem Material vorgenommenen tierexperimentellen Übertragungsversuche sind bisher erfolglos gewesen. Verf. hat nun neun Meerschweinchen Tumorgewebe implantiert, und es zeigten sich überraschenderweise bei einem Tier, dem ein Milzstückchen in eine Bauchhauttasche eingetragen war, nach 9 Wochen ausgedehnte Veränderungen an der Innenfläche des Sternums, der Leber und der Milz, die weitgehende Übereinstimmungen sowohl untereinander als mit dem Fall von Mycosis fungoides aufwiesen. Kulturversuche fielen vollkommen negativ aus. Durch dieses Experiment hat die bereits mehrfach ausgesprochene Vermutung, daß es sich bei der Mycosis fungoides um einen infektiösen Granulationsprozeß handelt, eine genügend fundierte Grundlage erhalten.

The Coexistence of True Locomotor Ataxia and Active Tertiary Skin Syphilis (Zusammenfallen von echter Tabes mit aktiver tertiärer Hautsyphilis), von B. Barker-Beeson. S. 241. Kurzer Überblick über die bisherige Literatur dieser seltenen Fälle. Bericht über einen 57jähr. Mann, bei dem 22 Jahre nach der Infektion ausgeprägte tubero-serpiginöse Erscheinungen neben einer Tabes bestanden.

A Case of Purulent Orchitis and Epididymitis Due to Infection with A Colon Bacillus (Ein Fall von eitriger Orchitis und Epididymitis durch kolibazilläre Infektion), von Fr. Grón und Th. Thjótta. S. 247. Orchitis und Epididymitis bei einem 44jähr. Mann mit Abszeßbildung und tiefgreifender Zerstörung der Organe. Aus dem Punktat konnte Bact. coli comm. in Reinkultur gezüchtet werden. Durch histologische Untersuchung ließ sich Tuberkulose einwandfrei ausschließen. Das Serum des Pat. enthielt agglutinierende und komplementfixierende Antikörper gegen die Mikroben. Als ätiologischer Faktor kommt eine vor 3 Jahren durchgemachte Spermatozystitis in Frage.

Erythro- et Keratodermia Variabilis in a Mother and Daughter (Erythro- und Keratodermia variabilis bei Mutter und Tochter), von S. Mendes da Costa. S. 255. Bei einer 21jähr. Frau und ihrem 6 Monate alten Kind treten asymmetrische Effloreszenzen von unregelmäßiger Form auf, die ohne Hinterlassung von Residuen wieder verschwinden. Die Erscheinungen haben teils erythematösen, teils hyperkeratotischen Charakter.

A Case of Meningitis and Purpura Gonorrhoica (Ein Fall von Meningitis und Purpura gonorrhoica als Beitrag zur Kenntnis der generalisierten gonorrhoischen Infektion), von E. Bruusgaard und Th. Tjotta. S. 262. Ein 21jähr. Mann wurde ins Krankenhaus eingeliefert mit 40° Fieber, einer über den ganzen Körper ausgedehnten Purpura, Leukozytose von 90%. Ausfluß aus der Urethra mit gramnegativen Diplokokken und Prostataschwellung deuteten auf blennorrhoische Allgemeininfektion hin. Während der nächsten 2 Tage verschlimmerte sich das Exanthem; es trat Benommenheit auf, Nackensteifigkeit, positiver Kernig, die typischen Symptome einer Meningitis. Lumbalpunktion ergab opaken Liquor, Pandy, Nonne positiv, 760 Zellen. Freiliegende und intrazelluläre gramnegative Diplokokken. Die kulturelle und morphologische Untersuchung der aus dem Blut und dem Liquor gewonnenen Diplokokken ließ sie einwandfrei als Gonokokken identifizieren, wobei besonders streng auf die Differentialdiagnose von Meningokokken

Digitized by Google

geachtet wurde. Die Diagnose einer Gonokokkämie mit Gonokokkenmeningitis und Purpura wurde durch den histologischen Befund bestätigt. In einzelnen kleinen Hautarterien und Präkapillaren wurden zahlreiche Gonokokken gefunden; im Endothel der Gefäße fanden sich ganze Bakterienkolonien. Besonders die frischen Effloreszenzen eigneten sich zum Nachweis der Gonokokken. Dem Pat. wurde 14 Tage lang täglich 20 ccm Liquor entnommen, und die gleiche Menge Antimeningokokkenserum wurde ihm intraspinal und intramuskulär injiziert, in der ersten Zeit sogar 40 ccm. Es entwickelten sich noch eine Arthritis im Fußgelenk und eine Epididymitis. Das Herz blieb frei von Symptomen, was prognostisch als günstig betrachtet wurde; die Zellenzahl ging herunter. Nach 12 Tagen Fieberabfall, nach 4 Wochen fieberfrei, nach 4 Monaten als gesund entlassen. M. Gumpert-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Prostitution, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Notwendige gegenwärtige Aufgaben zur Bekämpfung der Syphilis auf dem Lande, von W. Bronner. (Westnik Sowremennoi Medicinij, 1925, Nr. 3.) Aus diesem Aufsatz hören wir, daß die soziale Venerologie in Rußland, dank der Ausbildung von bereits Hunderten von Ärzten und der Eröffnung einer ganzen Reihe von Ambulatorien, feste Wurzeln gefaßt hat. Es werden auch einige statistische Daten gegeben, so z. B., daß durch Untersuchung von 55 000 Bauern nachgewiesen wurde, daß von denselben im Durchschnitt 1,6% syphilitisch sind. Im speziellen natürlich schwankt diese Ziffer außerordentlich, so z. B. stieg dieselbe in einigen Bezirken des Kostromaschen Gouvernements auf 5%, im Tomskischen Gouvernement auf 15% und im Cholmschen Kreise des Pskowschen Gouvernements gar auf 40%. A. Jordan-Moskau.

Geschlechtskrankheiten bei Kindern, von E. Langer, Derm. Abt. Rud. Virchow Krkhs. Berlin. (Ärztl. Sachverständigenztg., 1925, Nr. 6.) An Erfahrungen und wertvollen Richtlinien reicher Vortrag, der nach Wiedergabe der bekannten klinischen Bilder auf die Infektionsquellen näher eingeht. Das Fieberthermometer auf Kinderstationen, der gemeinsame Badeschwamm usw. im Haushalt und manche andere Infektionsquelle werden erwähnt. Wichtig sind die praktischen Vorschläge. Einzige Möglichkeit ist gründliche Prophylaxe, der aber nur Erfolg beschieden ist, wenn Schule und Wohlfahrtspflege mit den Behandlungsstellen besser zusammen arbeiten. Systematische Untersuchung neu eingestellter Schulkinder, vor Versendung von Ferienkolonisten, von Kindergärten und Spielschulen. Der heutige Apparat ist zu zersplittert, und seine Wirkung hängt noch zu sehr von der Initiative einzelner Personen und der Tüchtigkeit vereinzelter, selten speziell ausgebildeter Schulärzte ab. Verf. fordert mit Recht planmäßige gut geleitete Geschlechtskrankenfürsorge mit gut ausgebildeten Fachärzten und Schwestern. Begutachtung der Erkrankten nur durch Fachärzte. Geschlechtskranke Kinder gehören nicht in die Schule, hierfür sind Sonderschulen oder Lehrkräfte in Krankenanstalten zu schaffen (wie J. Dresel schon gefordert hat, Ref.). Bei Bedürftigkeit freie Behandlung, systematische Kontrolle aller Waisenhäuser usw. Endlich energische Bekämpfung der Wohnungsnot. H. Lippert-Köln.

Report of the Scientific Researches on the Venereal Diseases (Bericht über wissenschaftliche Arbeiten über die Geschlechtskrankheiten), von E. L. Keyes. (Verlag: Am. Social Hyg. Association, New York, 1924.) Bericht über Organisation und Tätigkeit des „U. S. Interdepartemental Social Hygiene Board". In den Jahren 1919 und 1920 sind je 100000 Dollars, im Jahre 1921 88000 Dollars an 23 Institute für 40 wissenschaftliche Untersuchungen vergeben worden, von denen sich 2 mit Ulcus molle, 14 mit Blennorrhoe, 23 mit Syphilis, 4 mit allgemeinen venerologischen Problemen beschäftigten. Wichtige Beiträge wurden geliefert zur Aufklärung der Toxizität des Arsphenamins, zur Kultivierung des Gonokokkus und Ulcus-molle-Bazillus, zur Färbung der Spirochäten im Gewebe, zur Diagnose der chronischen Blennorrhoe bei Frauen, zur Klinik und Pathologie der kongenitalen, zerebrospinalen und familiären Syphilis. Übersichtlich angeordnete Auszüge der z. T. bedeutungsvollen Arbeiten (Warthin, Eberson, Solomon u. a.), die zum größten Teil einzeln bereits in den letzten Jahren referiert worden sind. M. Gumpert-Berlin.

Digitized by Google

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Dänemark, von Friedel und H. Haustein. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1925, Bd. 104, H. 1/2, S. 1.) Ausführliche Arbeit, die sich nach längerer historischer Einleitung mit den Auswirkungen des Gesetzes „Über die Bekämpfung der öffentlichen Unsittlichkeit und der Geschlechtskrankheiten" vom Jahre 1906 befaßt, das freie Behandlung, nachgehende Behandlung der im ansteckenden Stadium Befindlichen und Strafmaßnahmen gegen wissentlich andere Infizierende vorsieht und die polizeiliche Reglementierung der Prostituierten aufhob. Reiches statistisches Material, das sich zu kurzem Referat nicht eignet. Rückgang der Geschlechtskrankheiten im Jahre 1922 um etwa $33^1/_3$%, die Lomholt mit der frühzeitig einsetzenden Salvarsantherapie in Zusammenhang bringt.

M. Gumpert-Berlin.

Verschiedenes.

The Present Status of the More Common Dermatological Conditions (Der gegenwärtige Stand einiger häufiger Dermatosen), von S. Feldman-New York. (Med. J. and Record, 1925, Bd. 121, Nr. 5, S. 295—297.) Bericht über neuere Auffassung über die Genese verschiedener alltäglicher Dermatosen und die durch die physikalische Therapie (bes. Röntgen und Quarzlampe) erzielten Fortschritte.

E. Levin-Berlin.

Über die Einbeziehung planmäßiger Leibesübungen in die Heilmittel der Krankenhäuser, von Hammer-Stuttgart. (M. m. W., 1925, Nr. 5, S. 190.) Hammer fordert Turnstunden auch für die Hautkranken, wie sie von Bier und Quincke für andere Kranke z. T. schon eingerichtet worden sind. In späteren Stadien mancher Hautkrankheiten ist eine gute Durchblutung der Haut von besonderem Wert. Turnleiter soll ein Fachmann sein. Aber auch die Assistenzärzte und das Pflegepersonal haben sich an den Übungen zu beteiligen. A. v. Notthafft-München.

The Significance of Heredity in Diseases of the Skin (Die Bedeutung der Erblichkeit bei Hautkrankheiten), von N. Tobias-St. Louis. (M. Med. J. and Record, 1925, Bd. 121, Nr. 5, S. 289—290.) Nichts Neues. E. Levin-Berlin.

Nova et Vetera: Alibert, von H. Haldin-Davis. (Brit. Med. J., 1925, Nr. 3347, S. 37.) Aus einer von L. Brodier verfaßten Lebensbeschreibung Aliberts (J. L. Alibert, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, Paris, bei A. Maloine et Fils, 390 S., 40 Fr.) bringt H.-D. einen kleinen Abriß, aus dem aber mit großer Deutlichkeit die bahnbrechende Tätigkeit dieses Begründers der Dermatologie in Frankreich (1768—1837) hervorgeht. Mit seinem Hauptwerk, der Monographie des Dermatoses hat er als erster den Versuch einer Klassifizierung unternommen, und wenn auch dieselbe später zugunsten der Willanschen Einteilung fallen gelassen wurde, so hat doch die damit gegebene Anregung zweifellos befruchtend gewirkt, und manche dermatologischen Begriffe und Bezeichnungen (Keloid, Syphilid, Mykosis fungoides, Erythema scarlatiniforme u. v. a.) gehören seitdem zum dauernden Bestande.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Anatomie und Physiologie.

Die Papillen an der Corona glandis in vergleichend-anatomischer und ethnologischer Beziehung, von A. Buschke und M. Gumpert. (Arch. f. Frauenk. u. Konstitutionsforsch., 1924, Bd. 11.) Die bekannte Erscheinung konnte bei ungefähr 20% aller Pat. nachgewiesen werden. Histologisch handelt es sich um papilläre Faltung der Hautoberfläche, so daß die Papillen zentral das Bindegewebe des Papillarkörpers aufwiesen, das von geschichtetem Epithel umgeben ist. Nervenendapparate, wie bei den Papillen des weiblichen Genitale, sind nicht vorhanden. Indem Verff. auf breiter Basis die Begattungsorgane von verschiedenen Tieren zum Vergleich heranziehen wie auch auf die zur Erhöhung der Wollust bei verschiedenen Naturvölkern vorgenommenen verstümmelnden Operationen des Penis hinweisen, kommen sie zu dem Schluß, daß die Ansicht, daß es sich bei den Papillen der Corona glandis des Menschen ebenfalls um ein rudimentäres Wollustorgan handelt, berechtigt erscheint. F. M. Peter-Hamburg.

Der kolorimetrische Nachweis von Zelloxydase unter optimalen Bedingungen, von S. Gräff-Heidelberg. (Zbl. f. allg. Pathol., 1925, Bd. 35, Nr. 16.) Zu Schlüssen über den Oxydasegehalt einer Zelle berechtigt nur die unter optimalen Bedingungen angestellte Nadireaktion; die anderen bislang als Oxydasereaktionen bezeichneten Reaktionen gestatten hierüber kein ausreichendes Urteil, da sie bei positiver Nadireaktion negativ aus-

Digitized by Google

fallen können. Als Benzidin-, Naphthol-, Guajakreaktion usw. behalten sie ihren Wert zur übersichtlichen Darstellung insbesondere der Leukozyten bei. Die optimalen Versuchsbedingungen sind unter Berücksichtigung des Alters, der Zusammensetzung und der Temperatur des Nadigemisches, der Zeitdauer, die dem Gewebe zur Farbstoffbildung zur Verfügung steht, und schließlich des Zustandes des Gewebes selbst zu wählen. Verf. zeigt an Beispielen, daß der positive Ausfall in diesen Fällen in der Erhaltung bzw. Steigerung der intravitalen Alkaleszenz des Gewebes seine Erklärung findet, während das Fehlen der Reaktion in myeloischen Zellen den Einfluß der Säurung zeigt. Verf. zeigt weiter, daß das Fortschreiten der postmortalen Säurung und Alkaleszenz aufgehalten werden kann und ein beliebiges p_H im Gewebe wieder herzustellen bzw. festzuhalten ist durch Zusatz von Puffern zur Formalinlösung. Liese-Berlin.

Les colorations vitales au rouge neutre comme indices de la concentration ionique des organes vivants (Vitalfärbung mit Neutralrot als Indikator für den Ionengehalt der lebenden Organe), von P. Carnot, R. Glénard und Z. Gruzewska. (Compt. rend. Soc. Biol., 1925, Bd. 92, Nr. 11, S. 865.) Beobachtung der Reihenfolge und Intensität der Vitalfärbung mit Neutralrot an den Organen von Hunden und Kaninchen. Die Tiere wurden intravenös injiziert und nach 10 Minuten getötet. Makroskopische und mikroskopische Untersuchung sofort angeschlossen, da sonst die Gewebe zu schnell die Ionenreaktion ändern. Unmittelbar rot gefärbt werden: Speicheldrüsen, der Magen in Ruhe, Appendix, Pankreas, Lymphdrüsen, Muskeln; Leber und Nebennieren nehmen bräunlichen Ton an. Bemerkungen über gleichzeitige Reaktion der Magendrüsenreaktion.
E. Schäfer-Göttingen.

Zur Pathologie der elastischen Fasern, besonders der Haut, von T. Awoki, Path. Inst. Krkh. Wieden in Wien. (Virch. Arch., 1925, Bd. 255, H. 3, S. 709.) Die Haut von 151 wahllos der Untersuchung unterzogenen Leichen zeigte in 85 Fällen schwere Veränderungen des kollagenen Gewebes und der elastischen Fasern in den oberflächlichen Hautschichten, ohne daß eine Hauterkrankung bei diesen Fällen bei Lebzeiten vorgelegen zu haben scheint. Nach dem untersuchten Material muß Verf., der seine Untersuchungen an den verschiedensten Hautstellen vorgenommen hat, das Vorkommen einer Systemerkrankung der elastischen Fasern verneinen, wenn er auch die gelegentliche Möglichkeit einer solchen Kyrle gegenüber nicht völlig in Abrede stellen will. Jedenfalls erscheint als wichtigstes Ergebnis seiner Untersuchung die Feststellung, daß die häufig als charakteristisch beschriebenen Veränderungen des kollagenen Gewebes und der elastischen Fasern bei manchen Dermatosen sehr häufig auch in vollkommen unveränderter Haut anzutreffen sind. Im übrigen sah auch der Verf., daß Veränderungen der elastischen Fasern der Haut mit zunehmendem Alter immer häufiger vorkommen.
F. Jacobsohn-Berlin.

Strahlende Energie, Haut und autonomes Nervensystem, von G. Bucky-New York und E. F. Müller-Hamburg-Eppendorf. (M. m. W., 1925, Nr. 22, S. 883.) Mittels eines besonderen Apparates haben die Verff. überweiche Röntgenstrahlen erzeugt, von denen sie annehmen, daß sie restlos von den obersten Hautschichten aufgesogen werden. Trotzdem kam es darauf zum Leukozytensturz in den äußeren Gefäßen. Hierzu war aber nicht nur eine gewisse Energiemenge notwendig, sondern diese mußte auch in einer bestimmten Zeit verabreicht werden. Fraktionierte Dosierung machte die Bestrahlung unwirksam. Das beweist, daß das umgebende Gewebe, vielleicht die parasympathischen Faserendigungen, eine Umänderung der Atomstellungen erst wahrnimmt, wenn ein bestimmte Reizschwelle überschritten ist. Was den Versuchen besonderen Wert verleiht, ist, daß durch dieses Verfahren andere, gleichfalls auf die Hautnerven einwirkende Faktoren (chemische, thermische und solche der Empfindung) ausgeschaltet werden. Der Leukozytensturz kommt also auf dem Wege über das sympathische und nicht über das spinale Nervensystem zustande. A. v. Notthafft-München.

Blutkalkstudien. Mitteilung VII. Über die Einwirkung der intravenösen Kalkinjektion auf den Organismus. Zugleich ein Beitrag zur Frage der Adrenalinreaktion, von E. Kylin und C. Nyström, Intern. medizinische Zivilabt. am Militärkrankenhaus in Eksjö. (Zschr. f. d. ges. exper. M., Bd. 45, H. 1/2.) Die intravenöse Kalziuminjektion verstärkt den steigenden Faktor der Adrenalininjektion. Dadurch wird die Verwandtschaft zwischen Kalzium- und Adrenalinwirkung erneut festgestellt. Das Adrenalin kann nicht als spezifisches Reizmittel für das sympathische Nervensystem betrachtet werden. Dies zeigt sich daran, daß die Einwirkung des Adrenalins aus zwei primären Reaktionen von entgegengesetztem Typ besteht. Bei gewissen krankhaften Zuständen kann eine dieser beiden Reaktionen besonders in den Vordergrund treten. Am

Digitized by Google

Blutdruck ist die steigende Kurve nach Dresel als sympathikoton zu bezeichnen. Dieser Kurventyp wird besonders oft beim pankreatogenen Diabetes gefunden. Es findet sich dabei Hyperkalzämie. Der vagotone Kurventyp findet sich bei Asthma, Ulcus ventriculi, essentieller Hypertonie und vagotonen Neurosezuständen. Hier findet man Hypokalzämie. Analoge Kurvenformen finden sich auch betreffs der Blutzuckerreaktion und nach intravenöser Kalziuminjektion. R. Hölscher-Hamburg.

Über Dermographie, von Goldscheider und H. Hahn, III. Med. Univ.-Kl. Berlin. (D. m. W., 1925, Nr. 11, S. 424 u. Nr. 12, S. 465.) Man unterscheidet eine weiße, rote und erhabene Hautschrift (Derm. elevata). Durch Druck auf die Haut hellt sich die betroffene Hautstelle infolge mechanischen Fortdrückens des Kapillarblutes vorübergehend auf. Nach einer plötzlichen mechanischen Einwirkung kehrt zwar die Hautfarbe bald zur Norm zurück; nach 15 Sekunden aber verändert sich die Farbe von neuem. Es tritt eine zweite Blässe ein, die nach weiteren 10—20 Sekunden in Röte umschlägt. Bei manchen Individuen und bei leiser Reizung kann die zweite Blässe bestehen bleiben; bei anderem und bei stärkerem Reiz kann die Röte auch ohne vorhergehende Blässe sich einstellen und mehrere Stunden bestehen bleiben. Die Röte wird stets von einem hellen Streifen eingefaßt. Bei manchen Personen bildet sich außerdem in der weiteren Umgebung eine zackig-fleckige Rötung (Reflexerythem). Die Blässe und Röte an der Einwirkung beruht nach L. R. Müller auf direkter Reizung und folgender Lähmung der Kapillarwand. Im weiteren Verlauf kann eine erhabene Leiste auftreten, die allmählich höher und breiter wird und langsam wieder verschwindet. Diese Erscheinung wurde früher als ein krankhaftes Symptom von Nervenschwäche gedeutet. Dies trifft jedoch nicht zu. Die Grunderscheinung kann bei genügend starkem Reiz bei allen Personen ausgelöst werden. Nur ihre extreme Ausbildung ist selten. Goldscheider, der die Dermographia elevata in erheblicher Ausprägung besitzt, bemerkte stets kurz vor Beginn der Quaddelbildung Jucken, das sich mit der Entwicklung der Quaddel steigert und dann abklingt. Diese Juckempfindung kommt den sensiblen Nerven nicht zu, sonst müßte sie nicht erst zu Beginn der Quaddelbildung, sondern bereits bei den Veränderungen der Gefäßlichtung auftreten. Die Juckempfindung entsteht nach Ansicht der Verff. durch die in die Haut tretende Flüssigkeit, welche durch ihre vom Gewebssaft abweichende Zusammensetzung die Nervenenden reizt. Das Jucken ist bei breitem Streichen stärker als bei schmalem. Die mechanische Reizung ist um so wirksamer, je stärker die oberflächlicheren Hautschichten betroffen werden. Ein breiter Druck mit großer Tiefenwirkung ist weniger wirksam als ein kleinflächiger, spitzer oder schmaler Druck. Noch stärker ist der Erfolg der streichenden Einwirkung. Die Größe der Quaddeln ist von der Stärke des Reizes abhängig. Hyperalgetisch gemachte Bezirke üben keinen Einfluß auf die Quaddelbildung aus. Die Quaddelbildung wird durch eine Reihe von Bedingungen beeinflußt. Kälte verzögert sie und hebt sie vorübergehend auf. Wärme beschleunigt die Quaddelbildung, Hitze hemmt sie völlig. Folgende nähere Bedingungen haben Einfluß auf die Quaddelbildung: Venöse Stauung. Wird der Oberarm mit der Manschette eines Blutdruckmessers umgeben, so kann man dessen Druck bis zu 40—50 mm Hg treiben, ohne daß der distal von der Manschette gelegene Teil des Armes die Urticaria elevata zu verändern vermag. Wird der Manschettendruck auf den maximalen Blutdruck oder höher eingestellt, so erfolgt auf mechanische Reizung zunächst keine Quaddelbildung. Streichen erzeugt nur eine lineare, hellrote Verfärbung. Sobald die Manschette gelöst wird, überzieht eine diffuse Röte den abgeschnürten Teil des Armes. Späterhin treten die Striche wieder hervor und wachsen zu Quaddeln an. Äußerer Druck verhindert die Quaddelbildung je nach seiner Stärke. 4,5—5,5 cm Hg stellt die Grenze dar, oberhalb welcher keine Quaddeln mehr auftreten. Läßt der Druck nach, so können sich noch nachträglich Quaddeln entwickeln, und zwar, wenn der Druck bis zu 15—25 Minuten angehalten hat. Je länger der Druck dauert, desto schwächer fallen die Quaddeln aus. Von pharmakologischen Mitteln übten nur Adrenalin, Chloroform und Senföl einen Einfluß auf die Quaddelbildung aus. Nach subkutaner Injektion von 0,3 ccm einer 1‰igen Suprareninlösung trat eine umschriebene, zackige Blässe der Hand auf. In diesem Bezirk ließen sich Quaddeln durch mechanische Reize nicht hervorrufen. Chloroform verzögerte und verringerte die Quaddelbildung, Senföl verhinderte sie. Auf Grund ihrer Beobachtungen kommen die Verff. zu dem Ergebnis, daß die Urticaria factitia in keinem Zusammenhang mit den Nerven steht. Sie ist auch unabhängig vom reflektorischen Reizerythem. Zuweilen finden sich Urticaria factitia und reflektorisches Reizerythem vereinigt. Weitere Versuche zeigten, daß eine weitere Erhebung ausbleibt, wenn man über eine mechanisch ausgelöste Quaddel einen neuen Strich zieht. Die gleiche Beobach-

Digitized by Google

tung macht man, wenn die Quaddel bereits nahezu oder völlig geschwunden oder 12 bis 14 Stunden vorher gesetzt war. Ganz wirkungslos ist jedoch der zweite mechanische Reiz nicht. Es tritt nämlich statt einer neuen Quaddelbildung eine Verbreiterung der vorhandenen ein. Daß eine neue Quaddel nicht auftreten kann, liegt daran, daß infolge des bestehenden Ödems der zur Begrenzung der aus den Kapillaren tretenden Flüssigkeit erforderliche Gewebswiderstand abgenommen hat. Erzeugt man an einer durch mechanische Reizung ödematös gemachten Haut eine intrakutane Quaddel, so verschwindet diese viel schneller als an normaler Haut. Das gleiche findet man auch bei krankhaftem Ödem, auch wenn dieses nur latent ist, so daß dem Verhalten einer intrakutanen, mit isotonischer Lösung gesetzten Quaddel diagnostische Bedeutung für das Bestehen latenter Ödeme zukommen kann. (Schluß folgt.) F. Harry-Wiesbaden.

Zur Frage der tiefen Druckempfindungen, von Goldscheider, III. Med. Univ.-Kl. Berlin. (Kl. W., 1925, Nr. 20, S. 959.) Verf. nimmt zu neueren Arbeiten von Frey Stellung, der die vom Verf. angegebene tiefe Druckempfindlichkeit in Zweifel zieht. An Hand der Freyschen Arbeit weist aber Verf. nach, daß die von Frey vorgebrachten Beweise des Nichtvorhandenseins der tiefen Druckempfindlichkeit keine volle Beweiskraft haben, und daß kein einziger sicherer Beweis gegen die Tiefenempfindlichkeit besteht. E. Langer-Berlin.

Über insensible Perspiration, von A. Loewy-Davos. (Kl. W., 1925, Nr. 17, S. 829.) Entgegen der Ansicht Schwenkenbechers, daß die insensible Wasserabgabe im großen und ganzen nichts anderes als die insensible Absonderung eines wenig konzentrierten Schweißes sei, vertritt Verf. auf Grund seiner früheren gemeinsamen Untersuchungen mit Wechselmann nach wie vor den Standpunkt, daß insensible Perspiration und Schweißbildung miteinander nichts zu tun haben. Den Nachweis hierfür will der Verf. durch seine Untersuchungen an drei Personen ohne Schweißdrüsen erbracht haben, deren Haut unter Bedingungen, die bei Gesunden noch nicht zur Schweißbildung geführt haben, ebensoviel Wasser abgegeben hat wie die gesunder Personen. Ferner soll die Haut Gesunder bei sehr warmer und trockener Luft, z. B. im Wüstenklima, die $2^1/_2$-3fache Wasserabgabe, als der Berliner Wert beträgt, haben, während die Stickstoff- und Kochsalzabgabe gar nicht resp. nur minimal erhöht ist. Es erfolgt demnach die Hautwasserabgabe hierbei ganz oder zum größten Teil ohne die Beteiligung der Schweißdrüsentätigkeit. E. Langer-Berlin.

Erwiderung, von A. Schwenkenbecher-Marburg. (Kl. W., 1925, Nr. 17, S. 830.) Verf. verweist darauf, daß er auf die Einwendungen resp. die Resultate Loewys in einem noch nicht erschienenen Artikel eingehen wird. E. Langer-Berlin.

Bakteriologie und Immunitätslehre.

Das Ektoplasma der Bakterien. II. Mitteilung: Über färberische Verschiedenheiten zwischen grampositiven und gramnegativen Bakterien. Ein Beitrag zur Theorie der Gramfärbung, von M. Gutstein, Path. Univ.-Inst. Berlin. (Zbl. f. Bakt., 1925, Bd. 95, H. 1, S. 8.) Mittels seiner früher beschriebenen Tanninmethode (Einwirkung von 5%iger Tanninlösung für 2 Minuten auf hitzefixierte Ausstriche) kann Verf. bei den gramnegativen Bakterien eine Außenschicht nicht zur Darstellung bringen. Es lassen sich demnach also die beiden Bakteriengruppen mit dieser Methode differenzieren und in zwei Kontrastfarben zur Darstellung bringen (z. B. Staphylokokken und Typhusausstriche, hitzefixiert, werden mit Methylenblau 2 Minuten gefärbt, abgespült, mit 5%iger Tanninlösung 2 Minuten behandelt, gründlich abgespült und schließlich mit Karbolfuchsin kurz [3—5 Sekunden] nachbehandelt. Kokken: blau mit schwach rötlichem Rande; Typhusstäbchen leuchtend rot). Bei der Gramfärbung färbt sich das Ektoplasma der Grampositiven mit und gibt die Farbe bei der Alkoholdifferenzierung nicht ab. Verf. folgert, daß das Ektoplasma der Grampositiven gramfest sei. Solange die Gramfärbung bei der Hefe funktioniert, solange kann Verf. auch mit seiner Tanninmethode ein Ektoplasma nachweisen; umgekehrt ist die Hefe nicht mehr gramfest, wenn die Tanninmethode kein Ektoplasma mehr zur Darstellung bringt, z. B. nach Einwirken starker chemischer Reagentien, wie konzentrierte HCl. Durch mechanisches Zerreiben läßt sich die Hefe vollständig ihrer Gramfestigkeit berauben. (Bestätigung des Versuches von Benians.) Die mitgeteilten Versuche führen den Verf. auf folgenden Satz hin: Die Gramfestigkeit der gramnegativen Bakterien ist durch das Verhalten ihres Ektoplasmas bedingt und an sein Intaktsein gebunden. Liese-Berlin.

Digitized by Google

Das Ektoplasma der Bakterien. III. und IV. Mitteilung: Morphologie und Aufbau des Ektoplasmas der grampositiven Bakterien. Zugleich ein Beitrag zur Theorie der Beizenfärbung, von M. Gutstein, Path. Univ.-Inst. Berlin. (Zbl. f. Bakt., 1925, Bd. 95, H. 1, S. 8.) An Stelle der in der II. Mitteilung empfohlenen 5%igen Tanninbeize wird jetzt eine 30%ige Tanninbeize mit 5 Minuten Einwirkungszeit verwendet, wodurch ein bedeutend breiteres Ektoplasma als früher darstellbar ist. Von der Angabe des Verf., daß nämlich das Ektoplasma der Hefe und zum Teil auch anderer grampositiver Bakterien aus einer dicken, scharf begrenzten Innenmembran und einer zarten Außenmembran bestehe, konnte sich Ref. allerdings mit den von G. angegebenen Methoden experimentell nicht überzeugen. Weiter glaubt Verf. nachgewiesen zu haben, daß das Ektoplasma der grampositiven Bakterien eine basische Grundsubstanz (mit Guineagrün und Tanninmethode nachgewiesen) und einen sauren Körper enthält (nachgewiesen nach Entfernung der Nukleoproteine mit Viktoriablau). Dieser saure Körper, auf dem nach Gutsteins Ansicht die Gramsche Färbung beruhen soll, ist ein Lipoid. Zur Theorie der Beizenfärbungen teilt der Verf. in Übereinstimmung mit Unnas früheren Ausführungen mit, daß es sich hier um Tripelverbindungen zwischen saurer Beize, Tannin, Phosphormolybdänsäure, basischem Gewebsbestandteil und basischem Farbstoff bzw. zwischen basischer Beize (Eisenchlorid usw.), saurem Gewebsbestandteil und saurem Farbstoff handle. Weiter wird gezeigt, daß die Sporenhüllen der grampositiven Bakterien ebenfalls aus einer basischen Grundsubstanz, die ihrerseits an ein saures, gramfestes Lipoid gebunden ist, bestehen. Aus einer chemischen Überlegung folgert Verf. weiterhin, daß das Ektolipoid der Hefe ein Phosphatid, wahrscheinlich Lezithin, sein müsse. Die grampositiven Bakterien enthalten im Zelleib außerdem noch ein gramnegatives, ebenfalls saures Lipoid, das Verf. durch basische Farbstoffe an den künstlich gramnegativ gemachten Bakterien nachweist. Liese-Berlin.

Über die Hämolyse der Streptokokken, von W. Rother, Univ.-Frauenkl. Erlangen. (D. m. W., 1925, Nr. 13, S. 522.) Die Aufhellung des Blutagars durch Streptokokken beruht darauf, daß 1. Blutfarbstoff verdaut wird, und daß 2. die von den Streptokokken gebildete Säure eine Wanderung des Blutfarbstoffes aus dem Bereich der Kolonien in die Umgebung verursacht. F. Harry-Wiesbaden.

The Rickettsiae and their Relationship to Disease (Die Rickettsien und ihre Beziehung zu Krankheiten), von S. B. Wolbach-Boston. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 10, S. 723.) Rickettsia ist der Name, der von Rocha-Lima im Jahre 1916 ganz kleinen Mikroorganismen gegeben wurde, welche, mit bestimmten Eigentümlichkeiten behaftet, bei Läusen gefunden werden und wohl eine gewisse Rolle bei Fleckfieber und Typhus resp. deren Übertragung zu spielen scheinen. Es gibt pathogene (3 Arten) und nichtpathogene (39) Mikroorganismen dieser Art, die bei verschiedenen Spezies von Insekten gefunden werden. Die Hauptcharakteristika der Rickettsia sind ihre Kleinheit, Vielgestaltigkeit, leichte Affinität für Anilinfarben, intrazelluläre Lagerung im Anthropodenwirt. Über die nichtpathogenen, rickettsiaähnlichen intrazellulären Mikroorganismen der Spinnen und Insekten ist praktisch die Forschung noch nicht so weit gediehen, um zu sagen, ob sie nur zufällig oder in der Rolle der Symbiose anwesend sind. Als erwiesen kann gelten, daß Dermacentroxenus Rickettsii die Ursache des Rocky-Mountains-Fleckfiebers ist: sein konstantes Vorkommen bei den charakteristischen Veränderungen der Krankheit beim Menschen, Affen, Kaninchen, Meerschweinchen, erfolgreiche Reinkultur der Mikroorganismen in virulenter Form in Gewebeplasmanährböden u. a. m. Auch für Rickettsia Prowazeki als Ursache des Typhus abdominalis scheint W. der Beweis erbracht. Sicher ist, daß die Rickettsien eine neue Gruppe von Mikroorganismen bilden und wahrscheinlich, daß darunter noch andere pathogene als die bisher beschriebenen gefunden werden. M. Stern-München.

Zu den Beziehungen zwischen Insulin und Haut, von R. Ahlenstiel, Inn. Abt. Städt. Krkhs. Berlin-Reinickendorf. (D. m. W., 1925, Nr. 13, S. 522.) Verf. konnte in keinem Fall eine Steigerung der Insulinwirkung durch intrakutane Injektion erzielen; im Gegenteil, der Effekt der letzteren blieb meistens gegenüber dem der subkutanen Applikation weit zurück. Seine Versuchsergebnisse stehen somit in vollem Gegensatz zu den Resultaten, die E. F. Müller in der M. m. W., 1924, Nr. 25, mitgeteilt hat. Die Differenz der Versuchsergebnisse beruht wahrscheinlich auf der starken individuellen Verschiedenheit der Reaktionsweise des normalen Kaninchens auf die gleiche Insulinmenge. Als weitere Fehlerquelle kommt die „wellenförmige" Regulation des Nüchternblutzuckerspiegels (Hausen) in Betracht. F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Anaphylaxiestudien bei Mensch und Tier. I. Mitteilung: Serumkrankheit und Serumanaphylaxie in ihren Beziehungen zum vegetativen Nervensystem, von F. Tonietti-Siena, Med. Univ.-Kl. Kiel. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1925, Nr. 45, H. 1/2). Sowohl beim Menschen als auch beim Tier sind es glatte Muskulatur und Blutgefäße, die regelmäßig am anaphylaktischen Chok beteiligt sind. Eine große Anzahl der auftretenden Symptome spricht außerdem für die Mitbeteiligung des vegetativen Nervensystems. In den Untersuchungen des Verf. zeigte sich, daß die Erstinjektion von 10 bis 30 ccm Pferdeserum zur Sensibilisierung die Adrenalinblutdruckkurve unbeeinflußt läßt. Bei höheren Dosen bis 50 ccm ist die Empfindlichkeit für Adrenalin herabgesetzt. Vom 6.—8. Tage nach der Injektion aber zeigt sich eine erhöhte Sensibilität gegen Adrenalin, indem der Druck dann höher zu steigen und sich länger in der Höhe zu halten plegt. Auch die Pulsfrequenz wird parallel mit dem ansteigenden Druck lebhafter. Die allgemeinen Erscheinungen nach Adrenalin gehen dem Verhalten des Blutdruckes parallel. Diese Befunde am Menschen stimmen mit den Tieruntersuchungen Freund-Gottliebs überein und zeigen, daß nach Injektion von heterogenem Serum das sympathische System nach 6 bis 8 Tagen sich in einem Zustand von Allergie, im Sinne einer Steigerung seiner Erregbarkeit, befindet. Reinjiziert man derartig sensibilisierten Pat. nach dem 12. Tage 1—2 ccm Pferdeserum, so zeigt sich 1. die spezifische örtliche Reaktion (Röte, Schmerz, leichtes Ödem, Parästhesie, Jucken); 2. eine leichte Senkung des Blutdruckes wenige Minuten nach der Reinjektion. Die Adrenalinprobe eine Stunde nach der Reinjektion zeigt bei allen Untersuchten eine umgekehrte Adrenalinreaktion. Schickt man der endovenösen Adrenalininjektion $^1/_2$ Stunde vorher eine intramuskuläre Injektion von 1 mg Atropinsulfat voraus, so bleibt die Adrenalinblutdruckkurve normal. Kommt es zum Auftreten der Serumkrankheit, so findet sich eine verminderte Adrenalinempfindlichkeit oder eine inverse Reaktion. Da die Verminderung der Empfindlichkeit dem Sichtbarwerden der Serumkrankheit vorausgeht, ist anzunehmen, daß die Änderung der Adrenalinempfindlichkeit den Krankheitserscheinungen koordiniert und wie sie auf Veränderungen im vegetativen Nervensystem zurückzuführen ist. Die paradoxe Adrenalinwirkung an Herzpuls oder Blutdruck wird als Ausdruck eines quantitativen Mangels im Synergismus der beiden antagonistischen Systeme und der erhöhten Erregbarkeit des Vagussystems angenommen. Weiter ergibt sich dem Verf. aus seinen Ergebnissen und der reichlich angeführten und besprochenen Literatur die Hypothese, daß die zwischen den Gefäßendothelien verlaufenden Nervenendfasern des vegetativen Systems durch die Veränderungen physikalisch-chemischer (oder chemischer?) Natur beeinflußt werden, die sich in ihrer unmittelbaren Nähe, bei der Antigenantikörperreaktion abspielen. Diese Reaktion würde sich in der Weise vollziehen, daß der Tonus der Vagusendapparate gesteigert wird.

R. Hölscher-Hamburg.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Ernannt: Prof. Heinrich Löhe, Assistent der Dermatologischen Klinik in Berlin, zum dirigierenden Arzt der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten am Rudolf-Virchow-Krankenhaus (früher Prof. W. Wechselmann). R.

Berichtigungen: In der Arbeit von Galewsky (Nr. 40, S. 1477) muß es statt „Candleschen Goldpräparates" heißen „Cassellaschen".

In dem Referat: E. Alvarez Sainz de Aja, Die interne Behandlung der Syphilis mit Treparsol, Nr. 41, S. 1510, Zeile 18, muß es heißen: Jede Treparsoltablette enthält 25 cg (fälschlich 0,25 cg).

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 45 (Bd. 81) 7. November 1925

Aus dem pathologisch-hygienischen Institut der Stadt Chemnitz
(Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Nauwerck).

Vergleichende Untersuchungen über einige Methoden des serologischen Luesnachweises[1]) (Wassermannsche Reaktion, Sternsche Modifikation, Sachs-Georgi und Meinickesche Trübungsreaktion).

Von

Oberarzt Dr. W. Panofsky.

Wenn auch die WR heute ein unentbehrliches Hilfsmittel für die Diagnose und Behandlung der Syphilis geworden ist, so haften ihr doch einige Nachteile an: sie ist kompliziert und ziemlich teuer, erfordert ein geschultes Personal und versagt bei einer Anzahl namentlich älterer, schon behandelter Fälle. Es haben daher schon fast unmittelbar nach der Einführung der Methode Bestrebungen eingesetzt mit dem Ziel, entweder durch bloße Vereinfachung des ursprünglichen Versuches unter Beibehaltung der Komplementbindungsreaktion oder durch neue, auf den Kenntnissen über das Wesen der Reaktion aufgebaute Verfahren den serologischen Luesnachweis einfacher, billiger und schließlich so zu gestalten, daß er ohne weiteres vom Praktiker ausgeführt werden könnte.

Die Ergebnisse dieser Bestrebungen lassen sich dahin zusammenfassen, daß keine der neuen Methoden imstande ist, die WR sicher zu ersetzen, daß aber manche von ihnen sich als eine wertvolle Ergänzung des Originalverfahrens erwiesen haben. Es gibt heute wohl kaum noch eine Untersuchungsstelle, welche sich auf die WR allein beschränkt. Während aber für letztere seit einigen Jahren Vorschriften bestehen, die, soweit dies überhaupt möglich ist, eine Einheitlichkeit der Ergebnisse gewährleisten, ist die Wahl der Ergänzungsmethoden der persönlichen Erfahrung der einzelnen Untersucher überlassen, und dadurch ist eine Verschiedenheit in der Anwendung dieser Verfahren entstanden, welche geeignet ist, verwirrend zu wirken.

Diese Verschiedenheit beruht darauf, daß die Prüfung auf die praktische Brauchbarkeit einer neu gefundenen Methode durch Vergleich mit der WR erfolgt. Dies ist ein unvollkommenes Verfahren, denn die WR ist keine Standardreaktion in dem Sinne, daß sie bei derselben Blutprobe überall die gleichen Ergebnisse liefert. Das Alter der Blutprobe, der verwendete Extrakt und andere Faktoren spielen bei dem Ausfall des

[1]) Vortrag, gehalten in der Medizinischen Gesellschaft, Chemnitz, am 13. V. 1925.

Digitized by Google

Versuches wesentlich mit. Dazu kommt, daß auch die scheinbar einfachste Ergänzungsmethode gewisse technische Eigenheiten besitzt, deren Nichtbeachtung das Resultat merklich beeinflussen kann. Kurz, wir arbeiten bei diesem Prüfungsverfahren mit so vielen inkonstanten Größen, daß völlig einheitliche Ergebnisse verschiedener Untersucher gar nicht möglich sind. Da wir aber auf dieses Verfahren angewiesen sind, müssen wir uns damit abfinden, daß der eine diese, der andre jene Ergänzungsmethode bevorzugt, vorausgesetzt, daß alle diese Reaktionen untereinander gleichwertig sind. Gerade darüber liegen aber noch verhältnismäßig wenig Untersuchungen vor, und dies hat mich veranlaßt, bei 1000 Blutproben die vergleichende Prüfung zu veranstalten, über deren Resultat ich jetzt berichten will.

Ich wählte zum Vergleich zwei Komplementbindungsreaktionen, nämlich außer der WR noch die Sternsche Modifikation (St), und zwei Methoden aus der Gruppe der Flockungsreaktionen, die SGR und die MTR. Die Extrakte und der Ambozeptor für die erste Gruppe stammten aus dem Institut für experimentelle Therapie in Berlin-Dahlem, die Extrakte für die andere Gruppe von Dr. Fresenius, Frankfurt a. M. bzw. von der Adlerapotheke in Hagen. Selbtverständlich wurde bei allen Methoden nach der Vorschrift verfahren. Die Ablesung einer Reaktion geschah stets ohne Kenntnis des Ausfalles der übrigen.

Das Material, wahllos den eingehenden Proben entnommen, stammte in der Mehrzahl der Fälle von sicher syphilitisch infizierten, oft vielfach behandelten Kranken. Bei der Bewertung der Ergebnisse habe ich in den folgenden Tabellen keine Unterschiede nach dem Grad des positiven Ausfalles gemacht, in einigen Fällen werde ich die Stärke der Reaktion nachher erwähnen.

Tabelle I.

Es sind übereinstimmend	positiv	negativ	in Prozenten
Alle Reaktionen	172	613	78,5
WR und Stern	206	690	89,6
WR und SGR	191	686	87,7
WR und MTR	211	665	87,6
St und SGR	210	655	86,5
St und MTR	225	629	85,4
SGR und MTR	249	664	91,3

Sie sehen also, daß nur in 78,5 % der Fälle alle Reaktionen übereinstimmten, in 215 Fällen bestanden irgend welche Differenzen im Ausfall der einzelnen Methoden. Vergleicht man aber nur zwei Verfahren, so wird die Übereinstimmung wesentlich größer. Aber hier ergeben sich Unterschiede beim Vergleich je zweier Methoden mit der WR oder untereinander, besonders deutlich bei Betrachtung der positiven und negativen Resultate. Die Prozentzahl ist dabei entweder fast gleich, oder sie zeigt nicht unbedeutende Unterschiede. Besonders fällt auf, daß die Übereinstimmung innerhalb der beiden Gruppen, Komplementbindungs- und Flockungsreaktionen, deutlich größer ist als zwischen je einer Methode

Digitized by Google

dieser Gruppen im Vergleich zu einer der andern. Ich komme darauf noch zu sprechen.

Jetzt möchte ich Ihnen auf einer zweiten Tabelle einen Überblick darüber geben, wie sich bei den 215 Fällen mit irgendwie differierenden Ergebnissen die einzelnen Methoden oder je zwei von ihnen verhalten.

Tabelle II.

Es sind allein	positiv	negativ
WR	2	29
St	33	15
SGR	13	15
MTR	31	3
WR und St	16	33
WR und SGR	1	9
WR und MTR	9	6

Also die WR ist ganz selten allein positiv, dann folgt in weitem Abstand die SGR und, ebenfalls nach größerem Zwischenraum, die MTR und St, welche sich in der Zahl der positiven Resultate nur wenig unterscheiden. Allein negativ ist dagegen am seltensten die MTR, am häufigsten die WR, die beiden anderen Methoden verhalten sich in unserem Material gleich. Beim Vergleich zweier Methoden fällt auch hier wieder auf, daß die Übereinstimmung der Komplementbindungsreaktionen, und damit natürlich auch der Flockungsmethoden, bedeutend größer ist als zwischen je einer Reaktion beider Gruppen, und zwar beträgt sie fast das Doppelte (49 gegen 25 Fälle). Ferner geht aus dieser Tabelle hervor, daß SGR und MTR, einzeln mit der WR verglichen, in der Zahl der positiven Ergebnisse sich bei unsern Fällen sehr verschieden verhalten, während die Differenz der negativen Resultate bei weitem geringer ist.

Ehe aus diesen Zahlen irgend welche Folgerungen auf den Wert der einzelnen Methoden gezogen werden können, muß zunächst die Frage erörtert werden, ob der positive Ausfall der einzelnen Reaktionen und Reaktionsgruppen stets spezifisch ist, oder vielmehr, ob bei allen diesen Fällen eine syphilitische Infektion vorgelegen hat. Ergibt sich eine solche aus Anamnese oder Befund, so wird man praktisch den positiven Ausfall der Untersuchung auf sie zurückführen, wenn auch theoretisch die Möglichkeit besteht, daß ein syphilitisch infiziert Gewesener nach Abheilung der Lues eine positive, aber nicht spezifische Reaktion aufweist. Ich habe mich daher bemüht, über alle die differierenden Fälle der Tabelle II klinische und anamnestische Angaben zu erhalten, und ich verdanke es dem liebenswürdigen Entgegenkommen der einsendenden Kollegen, daß mir dies in allen Fällen gelungen ist. Aus diesen Nachforschungen geht zunächst hervor, daß in allen Fällen, in denen zwei oder gar drei Reaktionen positiv waren, sicher eine syphilitische Infektion stattgefunden hatte; nur bei einem Kranken mit positiven Flockungsreaktionen bei negativer WR und St war die Ansteckung nicht ganz sicher zu erweisen, doch in hohem Maße wahrscheinlich. Über die Fälle, in denen nur eine Reaktion positiv ausfiel, ist folgendes zu sagen:

Digitized by Google

Die beiden Kranken mit allein positiver WR waren Syphilitiker, die oft und mit wechselnden serologischen Ergebnissen behandelt worden waren.

Von den 33 Fällen allein positiver St waren 30 sicher infiziert, zum Teil oft behandelt, bei zweien bestand weder anamnestisch noch klinisch ein Anhalt für Syphilis. Die Reaktion fiel beide Male nur schwach positiv aus. Ich stehe nicht an, diese Fälle als unspezifisch zu betrachten. Eine Kranke endlich schien klinisch wenig verdächtig auf Lues, die Anamnese ergab jedoch mindestens die Möglichkeit, wenn nicht sogar die Wahrscheinlichkeit einer Infektion; bei einer später anderwärts vorgenommenen Untersuchung fielen WR, SGR und M negativ, die Hechtsche Probe stark positiv aus. Dieser Fall ist wohl demnach als wahrscheinlich infiziert anzusehen.

Allein mit SGR reagierten positiv 10 Fälle mit sicherer Infektion. Von den drei übrigen betraf einer einen älteren Mann mit langer bestehender Schuppenflechte, bei dem zweiten lautete die Diagnose: amyostatischer Symptomenkomplex, beim dritten handelte es sich um ein junges Mädchen, das bei intakten Hymen an einer Gonorrhoe mit schmerzhafter Schwellung der rechtsseitigen Leistendrüsen litt. Alle diese Fälle ließen klinisch und anamnestisch Lues unwahrscheinlich erscheinen, die Reaktion fiel bei ihnen stets nur schwach positiv aus, eine spezifische Bedeutung kommt ihr wohl nicht zu.

Was endlich die allein positiven MTR betrifft, so war bei 29 Kranken eine Infektion sicher oder wenigstens sehr wahrscheinlich; ein Fall mit Chorea minor und einer mit Ulcus cruris varicosum ließen keine Anhaltspunkte für Lues erkennen. Soweit ich aus dem Verlauf der übrigen Fälle feststellen konnte, ist gerade die MTR oft noch mehr oder minder positiv, wenn klinisch die Infektion abgeheilt ist. Ich habe den Eindruck, daß diese Reaktion manchmal fast zu fein ist und ihr Ausfall dann keine allzu weit gehenden Folgerungen gestattet. Außerdem fällt sie bei derselben Blutprobe, an verschiedenen Stellen gleichzeitig untersucht, zuweilen auffallend verschieden aus, gerade bei ihr scheinen die erwähnten technischen Eigenheiten von großer Bedeutung zu sein.

Zusammenfassend läßt sich also sagen, daß alle die von mir untersuchten Hilfsmethoden in einer mehr oder minder großen Anzahl von Fällen schärfer als die WR sind, daß aber bei allen die Möglichkeit eines unspezifischen Ausfalls besteht. Untereinander zeigen sie bei meinem Material deutliche Unterschiede, sowohl was die Empfindlichkeit als auch was die Zahl der nicht spezifischen positiven Ergebnisse betrifft. In bezug auf erstere standen St und MTR obenan, wenn auch, wie eben erwähnt, die letztgenannte Methode für die Praxis zuweilen zu labil zu sein scheint. Unspezifische Reaktionen gab, rein prozentual nach der Anzahl der Fälle berechnet, am häufigsten die SGR, die überhaupt mir als am wenigsten empfindlich von den untersuchten Hilfsmethoden erschien. Ich stelle dies fest, bemerke aber, daß andre Untersucher mit dieser Reaktion günstigere Erfahrungen gemacht haben. Wie schon erwähnt, hängen ja alle diese Methoden von gewissen technischen Imponderabilien ab, die Ergebnisse eines Untersuchers können daher nicht unbedingt allgemeine Gültigkeit beanspruchen.

Digitized by Google

Nun einige Worte zu einer gerade für den behandelnden Arzt wichtigen Frage, die ich eben bei der Besprechung der MTR schon gestreift habe: Was bedeutet der positive Ausfall einer Methode oder mehrerer für die Behandlung? Ich kann mich dazu nur vom theoretischen Standpunkt äußern. Wir wissen, daß alle unsre Methoden des serologischen Luesnachweises nicht an sich spezifisch sind; nur durch Besonderheiten der Mischung, durch Zusätze, durch Festsetzung einer bestimmten Versuchsdauer u. dgl. sind sie so ausgestaltet, daß sie praktisch brauchbar geworden sind. Und mit diesen, an sich unvollkommenen Methoden soll eine Veränderung des Blutes festgestellt werden, die sicher infolge der Behandlung, möglicherweise — wir wissen darüber noch nichts — durch Verschiedenheit des Syphiliserregers oder durch die Art seiner Manifestation im kranken Körper im Einzelfall verschieden ist, die aber vor allem dadurch beeinflußt wird, daß jeder Erkrankte ein Individuum mit eigener Reaktionsfähigkeit darstellt. Wenn man daran denkt, so wird man von selbst davon abstehen, in jedem Fall, in dem eine Reaktion positiv ist, ohne weiteres zu der doch nicht gleichgültigen spezifischen Kur zu schreiten, man wird sein Vorgehen vielmehr von den Umständen des Falles abhängig machen. Es ist ein Unterschied, ob ein Kranker kurz nach Abschluß einer Kur noch eine positive Reaktion zeigt, oder ob ein Pat. mit z. B. tabischen Symptomen den gleichen serologischen Befund bietet. Im ersteren Fall kann vielleicht Abwarten genügen, denn zuweilen verschwindet eine solche Reaktion nach einiger Zeit ohne weitere Behandlung, im letzteren ist der Ausfall für die Diagnose und Behandlung eventuell von großer Bedeutung. Oft kann die Stärke des positiven Ausfalls gewisse Anhaltspunkte für die Beurteilung eines Falles geben, wenigstens beim St und SGR, während die MTR weniger Schlüsse aus der Stärke der Reaktion zuläßt, aber auch hier ist jeder Schematismus zu vermeiden.

Fallen mehrere Reaktionen positiv aus, so steigt die Bedeutung des Ausfalls für Einleitung einer spezifischen Behandlung. Doch scheinen mir auch hier noch Untersuchungsreihen erforderlich, die das serologische und klinische Verhalten eines Syphilitikers von der Infektion an durch einen längeren Zeitraum verfolgen, um festzustellen, wie sich das Schicksal derjenigen Kranken gestaltet, bei denen es nicht gelingt, die Reaktion negativ zu machen. Solche Untersuchungen sind vielleicht auch geeignet, den Umstand aufzuklären, daß, wie ich Ihnen in den Tabellen zeigen konnte, zuweilen die Reaktion nur mit einer der beiden untersuchten Gruppen positiv ist. Ich selbst habe diesem Verhalten bisher keine Aufmerksamkeit schenken können, da ich die Proben ohne Auswahl den Einsendungen entnahm, ich kann daher nur sagen, daß dies gruppenartige Auftreten eines positiven Ausfalls kein konstanter Befund bei demselben Kranken zu sein braucht. Gerade die Fälle, bei denen schon zahlreiche Kuren vorausgegangen sind, und bei denen überhaupt die Ergebnisse der serologischen Untersuchung oft in kurzen Zeitabständen stark wechseln, zeigen auch hierin ein regelloses Verhalten. Doch verfüge ich über einen Fall, der bei drei im Juni und Oktober ausgeführten Untersuchungen stets auch in der Stärke des Ausfalls das gleiche Ergebnis lieferte, trotz spezifischer Behandlung in der Zwischenzeit. Es handelt sich um einen

Digitized by Google

Mann, der sich vor 22 Jahren infiziert hatte und damals eine Quecksilber- (Schmier- und Spritz-) Kur durchmachte. Seitdem angeblich gesund, verheiratet, zwei Kinder starben früh an Krämpfen, eins ist gesund. Anfang Juni 1924 erkrankte er plötzlich mit Sprachstörung, WR und St waren negativ, SGR und MTR positiv, und dies blieb auch nach spezifischer Behandlung so, die zur Heilung führte. Es wäre, wie gesagt, interessant, das weitere Schicksal eines solchen Kranken zu verfolgen, und solche Untersuchungen, systematisch an großem Material ausgeführt, könnten uns vielleicht auch Aufklärung über die Frage geben, ob in bestimmten Stadien der Syphilis, bei den verschiedenen Manifestationen der Erkrankung und vielleicht auch, je nach dem Alter des Kranken, die eine Reaktion oder Reaktionsgruppe vorzugsweise positiv ist.

Jedenfalls aber zeigen die vorgetragenen Untersuchungsergebnisse, daß es wichtig ist, den serologischen Luesnachweis auf möglichst breite Grundlage zu stellen. Gewiß, es kann auch eine einzige Reaktion, auch eine Hilfsmethode, in einer Anzahl von Fällen genügen, aber es können auch durch ihre alleinige Anwendung schwere Irrtümer entstehen. Was die Wahl der einzelnen Methoden betrifft, so halte ich nicht nur die schon mehrmals aufgestellte Forderung nach Ergänzung der WR durch eine der Flockungsreaktionen für berechtigt, sondern ich möchte auch der Anwendung einer zweiten Komplementbindungsreaktion das Wort reden. Als solche hat sich mir die Sternsche Modifikation nun schon seit 15 Jahren, auch nach dem Urteil der behandelnden Kollegen im allgemeinen gut bewährt. Die Auswahl der Methoden kann man der Erfahrung der einzelnen Untersucher überlassen, die Ergebnisse werden dann ungefähr gleich sein. Sie kritisch zu verwerten, bleibt dann die Aufgabe des behandelnden Arztes.

Aus der dermatolog. Abteilung des Allg. Krankenhauses St. Georg in Hamburg (Leiter: Oberarzt Priv.-Doz. Dr. H. Ritter).

Über die Beziehungen zwischen den Verrucae vulgares und den Condylomata acuminata.

Von

Dr. med. Konrad Brandes.

(Schluß.)

Über die zweite Art der Übertragung, die Jadassohn und Waelsch in ihren Berichten ausführlich bringen, nämlich die Übertragung durch auf die Impfstelle gebrachte Gewebspartikelchen, mag nur kurz berichtet werden. Man würde also einerseits, wie Jadassohn hervorhebt, „die Implantierung von mit selbständiger Wucherungsfähigkeit begabten Warzenzellen supponieren müssen". Andererseits müßte man, wie dieses Kaposi seinerzeit in der Diskussion zum Vortrage Jadassohns über Warzenübertragungen, besonders im Hinblick auf die Karzinome, ausgesprochen hat, annehmen, daß gewisse Zellen in einer bestimmten Weise eine abnorme Entwicklung bekommen könnten, und daß eine Zelle die andere

Digitized by Google

anregen kann, in ihrem Sinne mitzuwachsen. Waelsch sprach die Warzenzelle als solche mit ihren biologischen und Wachstumseigentümlichkeiten als Erreger an. So wie die normale Zelle immer nur ihresgleichen erzeugen könne, so erzeuge auch die pathologische Zelle wieder pathologische Zellen, die in gleicher Weise wieder typische Wachstumsenergie besitzen. Aus dieser Anschauung heraus glaubte er zu der Überzeugung kommen zu müssen, daß aus übertragenen Warzen und spitzen Kondylomen immer wieder nur Warzen, eventuell nur spitze Kondylome, entstehen könnten. Diese Anschauung hat aber Waelsch in neuerer Zeit nicht mehr aufrechterhalten.

Hier mögen einige Ausführungen eingeschaltet werden, die Lipschütz-Wien auf dem in Hamburg abgehaltenen 12. Kongreß der Dermatologischen Gesellschaft vom 17. bis 21. Mai 1921 gemacht hat. Lipschütz faßt die Krankheiten der Herpesgruppe als „Einschlußkrankheiten" (Chlamydozoonosen oder Strongyloplasmosen) auf und nimmt die Existenz dermotroper Infektionserreger an. Ebenso meint er, daß dem Zellkern als Virusträger nicht nur bei den Krankheiten der Herpesgruppe, sondern höchstwahrscheinlich noch bei einer Reihe anderer Dermatosen, wie den spitzen Kondylomen und Warzen, besondere Bedeutung zukomme.

Solche Einschlußkörperchen hat Bowen und Wigglesworth 1907 in Gemeinschaft mit Vakuolenbildung in den Kernen der Retezellen der vulgären Warzen beobachtet. Sie werden als sehr klein, stark lichtbrechend, rund, manchmal im Zentrum konkav eingezogen, oder halbmondförmig geschildert.

Bemerkenswert ist, daß meistens Jugendliche von den Warzen befallen werden. Dieses braucht nicht immer der Fall zu sein. So las ich in einem Bericht der Wiener Dermatologischen Gesellschaft, Sitzung vom 9. Juni 1921, daß eine 62jähr. Frau, Verkäuferin von Tannenreisig, durch immerwährende Verletzungen immer wieder neue Schübe von Warzen bekam. Man könnte annehmen, daß eine individuelle Disposition vorläge, die durch irgend welche uns noch unbekannte Störungen im Organismus bedingt sei. Wir wissen, daß bei der Beseitigung der Warzen zur Unterstützung der chirurgischen Therapie die innere Verabreichung von Medikamenten erfolgen muß. Es ist dabei ganz gleichgültig, ob Magnesiumsulfat, Aloin, Kalkwasser, Glaubersalz oder andere Mittel herangezogen werden; die Hauptsache bleibt, daß größere Dosen eines wirkenden, abführenden Medikaments verabreicht werden. Denn in manchen Fällen werden wir finden, daß den an Warzen leidenden Patienten weiter nichts fehlt als guter Stuhlgang. Auch die Verabreichung von Arsen, wie schon eingangs erwähnt, führt manchmal zum Verschwinden der Warzen. Ihren Erfolg schreibt Watson der stimulierenden, funktionserhöhenden Wirkung, die auf das Knochenmark ausgeübt wird, zu. Auch äußerlich angewandte Mittel, die den Zweck verfolgen, eine bessere Zirkulation herbeizuführen, weisen Erfolg auf. So weist Eversched darauf hin, daß lokale Seebäder einen heilenden Einfluß auf Warzen haben. Die Größe bei den verschiedenen Warzen an einem und demselben Patienten ist verschieden. Die einzelnen zeigen manchmal bei täglicher Beobachtung eindeutig variierende Veränderungen in der Größe wie auch in der Farbe. Meistens wird man eine Warze finden, die größer ist als die

Digitized by Google

anderen, diese wird von dem Patienten als die zuerst aufgetretene angesprochen. Wenn diese „Mutterwarze" exstirpiert wird, so sieht man sehr häufig die anderen Tochterwarzen plötzlich verschwinden.

Kurz zusammengefaßt ergibt sich folgendes:

Für die Warzenerkrankung ist ein filtrierbares Virus die Ursache; die Inkubationszeit beträgt 2—6 Monate. Die Warzen lokalisieren sich hauptsächlich auf der Haut, und zwar meistens so, daß eine Mutterwarze von den anderen zu unterscheiden ist. Die Erkrankung läßt sich in Serien verimpfen. Es ist nicht nur eine Infektion von Mensch zu Mensch möglich, sondern auch durch mit Warzenmaterial in Berührung gekommene Gegenstände. Bei der Übertragung ist in hohem Maße die Jugend des Geimpften für die Infektiosität bedingend, wahrscheinlich auch gewisse Verhältnisse der Zirkulation sowie der Feuchtigkeit und leichten Vulnerabilität der Haut.

Wie steht es nun mit der Infektiosität der spitzen Kondylome?

Ich hatte die Ansicht von Cronquist und anderer Autoren erwähnt, daß die spitzen Kondylome zustande kommen sollten durch entzündliche, die Schleimhaut mazerierende und reizende Sekrete, darunter natürlich in erster Linie durch gonorrhoische. Die Schädigung sollte so tief sein, daß der Papillarkörper geschädigt werden und dadurch zur Wucherung angeregt werden sollte. Nach unseren jetzigen Anschauungen, wonach das Warzengift epithelial angreift und die Reizung des Papillarkörpers erst sekundär eintritt, ist dieser Standpunkt nicht mehr aufrechtzuerhalten. Ich wies auch bei den an Lues leidenden Patienten darauf hin, daß nicht auf der durch den Primäraffekt geschädigten Schleimhautstelle das erste spitze Kondylom entstand, sondern an der Übergangsstelle nach der normalen Schleimhaut hin, also auf einer Stelle, die höchstens ganz oberflächlich oder gar nicht beschädigt wurde. Dieser Befund würde vielleicht so zu deuten sein, daß etwaige Erreger durch die Risse der beschädigten Haut eingedrungen sind und in der gesunden Nachbarschaft Veränderungen hervorgerufen haben. Man müßte also bei Entfernung von spitzen Kondylomen die angrenzende normale Schleimhaut mit entfernen und sie histologisch auf degenerative Prozesse untersuchen. Solche Befunde habe ich an normaler Haut, die in der Nähe Warzen trugen, erheben können. Sie sollen am Schlusse erwähnt werden. Wenn eine chronische Reizung als Ursache zur Entstehung von spitzen Kondylomen anzunehmen wäre, dann wäre der immer wiederkehrende Befund nicht ohne weiteres zu erklären, daß wie bei den Warzen auch hier eine große Mutterfeigwarze unter vielen kleineren beobachtet wurde. Es müßte sonst einer oder nur wenigen Papillen die Fähigkeit zugesprochen werden, derartige größere Wucherungen zu erzeugen. Die Infektiosität der spitzen Kondylome gilt jetzt zweifellos gesichert. Rasch hatte bereits mit allem Nachdruck auf die Übertragbarkeit des spitzen Kondyloms hingewiesen, und zwar auf Grund seiner klinischen Beobachtungen. Er sprach auch klinisch dem spitzen Kondylom eine Inkubationszeit von 3—4 Monaten zu, die „einerseits die Konfrontation zwischen Spender und Empfänger der Erkrankung oder die Beziehung auf einen bestimmten Geschlechtsverkehr nach so langer Zeit erschwert oder eher ganz unmöglich macht".

Digitized by Google

Cronquist hat in seiner Arbeit alle Fälle gesammelt, die bis dahin erschienen sind, und hatte sie im Sinne der Ablehnung der Übertragbarkeit kritisch beleuchtet. Seitdem sind in der mir zugänglichen Literatur 3 Fälle beschrieben worden, die klinisch die Beziehung der spitzen Kondylome auf einen bestimmten Geschlechtsverkehr führen.

So berichtet Haller in der Dermatologischen Gesellschaft vom 15. März 1921 über Feigwarzen auf nicht gonorrhoischer Basis bei Ehegatten. Die Frau hatte sie seit 8 Wochen, der Mann akquirierte sie nach 6 Wochen.

Lichtenstein berichtet in der Münchener medizinischen Wochenschrift, 1922, Nr. 8, folgendes:

Ein Mann hatte ein seit 6 Jahren bestehendes Kondylom am Penis. Er heiratete eine bis dahin vollkommen gesunde Frau. Nach 2 Monaten bekam die Frau ebenfalls die gleiche Affektion. Eine gonorrhoische Infektion bestand weder bei der Frau noch beim Manne.

Waelsch beobachtete ebenfalls eine Übertragung von spitzen Kondylomen durch Geschlechtsverkehr. Der betreffende Patient hatte vom Mai bis Oktober 1922 nur mit einem Mädchen verkehrt. Anfang September bemerkte er am Außenblatt der Vorhaut eine Warze, wie man sie an den Händen häufig sieht. Sie wurde bald von einem Arzt abgebrannt. Vor Weihnachten 1922 (ein Geschlechtsverkehr hatte seit Oktober überhaupt nicht stattgefunden) entwickelten sich am Sulcus coronarius und inneren Vorhautblatt sowie an der rechten Harnröhrenlippe typische spitze Kondylome. Bei der Freundin des Patienten wurden an der Portio zwei typische, erbsengroße, spitze Kondylome festgestellt. Beide Patienten hatten keinerlei Zeichen einer bestehenden oder vorausgegangenen gonorrhoischen Infektion. Auch bestand bei der Patientin kein Fluor. Der betreffende Patient hatte zur Behebung seiner bestehenden Anämie Tinct. ferri Athenstädt arsenicosa eingenommen. Die Folge davon war, daß die spitzen Kondylome sich recht bald zurückbildeten und dann spurlos verschwanden. Wir sehen also, daß zuerst eine Warze auf der Haut (äußeres Vorhautblatt) vorausgegangen war und dann die spitzen Kondylome entstanden. Aus diesem Grunde und daraus, daß die großen Kondylome beim Manne gegenüber der Kleinheit der spitzen Kondylome beim Mädchen schnell sich ausbreiteten, hält Waelsch es für wahrscheinlich, daß der Mann die Krankheit übertragen hat.

Wir sehen also, daß diese drei Fälle für die Infektiosität der spitzen Kondylome sprechen. Auch Inokulationsversuche von Waelsch, Ullmann und Ziegler bestätigen die Übertragbarkeit. Viele Autoren haben ebenso viele verschiedene Bakterien als Erreger angesprochen, ohne daß der eine oder der andere Autor bestätigt wurde. Ebenso besteht die Ansicht, daß als Erreger ein filtrierbares Virus in Frage käme. Diese Entscheidung würde durch Resultate weiterer dementsprechender Versuche gefällt werden. Stellt man nun kurz zusammen, was klinisch über das spitze Kondylom bekannt ist, so kann man in allen Punkten eine Analogie zu den Warzen finden. Die Inkubationszeit beträgt auch hier etwa 2—6 Monate und länger. Eine Mutterfeigwarze, die zuerst kommt und an Größe den nachfolgenden voraus ist. Auch hier ist die Jugend des Geimpften und des Trägers für die Infektiosität bedingend, ebenso

Digitized by Google

gewisse Verhältnisse der Zirkulation, der Feuchtigkeit und der leichten Vulnerabilität der Schleimhaut. Aus ähnlichen Analogieschlüssen hatte RASCH schon früher auf die Identität beider Erkrankungen hingewiesen. Daß experimentell diese Anschauung erhärtet wird, zeigen die Inokulationsversuche von ULLMANN, ZIEGLER und WAELSCH, auf die ich jetzt erst eingehen möchte.

Zu dem letzten erwähnten Fall von WAELSCH sei noch folgendes nachzutragen. Die Affektion am inneren Vorhautblatt bot das Bild einer mehr warzenartigen, ausgebreiteten Wucherung dar, so daß WAELSCH es für möglich hält, daß es sich hier beim Manne, dem Spender, nicht um eine Übertragung von eigentlichen spitzen Kondylomen, sondern von Warzen gehandelt hat, die je nach den anatomisch-physiologischen Eigenschaften der Haut der Impfstelle entweder zur Entstehung von vulgären Warzen oder spitzen Kondylomen führt.

Genau dieselben Erfahrungen hat WAELSCH bei seinen früher ausgeführten Inokulationsversuchen im Jahre 1914 machen können. Es wurden einem Patienten möglichst steril die spitzen Kondylome abgetragen, um mit einem Pistill sie zu allerkleinsten Partikelchen zu verreiben. Nach sorgfältiger Desinfektion der Haut der linken Vorderarmbeuge impfte er sich und Dr. FANTL mit dieser Gewebsflüssigkeit. Sie wurde in ganz oberflächliche, kaum blutende Skarifikationsschnitte eingerieben. Gleichzeitig wurde an dem Genitale einer Virgo intacta, das vollkommen normal und dessen Smegmaproduktion eine sehr geringfügige war, die Impfung an der Innenseite des rechten kleinen Labiums in derselben Weise vorgenommen. Die Ergebnisse waren folgende:

Nach einer Inkubationszeit von ungefähr $2^1/_2$ Monaten trat in dem einen Falle an der äußeren Haut, in dem anderen am Genitale an den Impfstellen ein positiver Erfolg auf, im dritten Falle erst nach ungefähr 9 Monaten. An der äußeren Haut entwickelten sich als Impfeffekt auffallend pigmentierte kleine Warzen, die ganz das makroskopische Bild der flachen Warzen darboten und bis auf die dunkle Pigmentierung völlig einem früher von WAELSCH erzielten Impferfolg mit Gewebsbrei harter Warzen an derselben Hautstelle glichen. Auf der Schleimhaut eines vollkommen intakten Genitales entwickelten sich dagegen zwei typische Kondylome.

ZIEGLER machte ähnliche Versuche, und zwar nach Angaben von WAELSCH. Er rieb zwei Pflegern auf skarifizierte Stellen des Unter- und Oberarms Material von zerriebenen spitzen Kondylomen ein. Erst nach $1^1/_2$ Jahren gingen vier von sechs Impfstellen als kleine dunkle Wärzchen an. Histologisch ähnelte der Befund sehr dem der Verrucae vulgares.

E. V. ULLMANN versuchte, ausgehend von der Tatsache, daß gewisse Warzen der Haut und Schleimhaut Neigung zu örtlicher Ausbreitung und örtlichen Rezidiven haben, und in Anbetracht der häufigen Beobachtung, daß es bei Abtragung einer einzigen Warze zu einer Dessimination am Operationsfelde kommen kann, Kehlkopfpapillome auf Haut und Schleimhaut von Mensch und Tier zu übertragen. Nach seinen Beobachtungen zeigten auch die Papillome sonst noch Analogien in ihrem klinischen wie histologischen Verhalten mit den gewöhnlichen Warzen. Eine Aufschwem-

Digitized by Google

mung eines Kehlkopfpapilloms wurde vom Verf. sich selbst am Oberarm und einem Hund in die Rachen-, einer Hündin in die Vaginalschleimhaut eingeimpft. Nach 3 Monaten zeigten sich an der Impfstelle am Oberarm mehrere kleine, flache Wärzchen, die sich mit der Zeit zu erbsengroßen, deutlich gestielten papillomatösen Warzen entwickelten. Ebenfalls um dieselbe Zeit zeigten sich an der Vaginalschleimhaut der Hündin mehrere kleine Papillome. Bei der Operation der Kehlkopfpapillome wurde das Kind mit dem scharfen Löffel an der Schleimhautgrenze der Lippe geritzt. Dort bildeten sich nach 3 Monaten ebenfalls mehrere flache Warzen, die sich dann im ganzen Gebiet ausbreiteten. Die planen flachen Warzen zeigten im Schnitt die Erhebung des Papillarkörpers und Überkleidung desselben mit einem breiten Epithelmantel. Die Verhornung war vorhanden im Gegensatz zu dem histologischen Bild der Kehlkopfpapillome. Die experimentell erzeugte warzige Konfiguration der Vaginalschleimhaut der Hündin zeigte exquisit papillomatöse Struktur und unterscheidet sich von den vorhergehenden Formationen hauptsächlich durch ganz besondere Proliferationsvorgänge im Epithel.

Aus allen experimentellen Versuchen geht es also mit allerhöchster Wahrscheinlichkeit hervor, daß nach Einimpfung des spitzen Kondyloms oder Papilloms in die Schleimhaut ein spitzes Kondylom oder Papillom, aber nach Einimpfung auf die Haut, je nachdem sie mit weniger oder stärkerer Hornschicht bekleidet ist, entweder eine flache oder harte Warze entsteht. Die Inkubationszeit aller dieser Gebilde ist ungefähr die gleiche, sie beträgt 2—6 Monate, manchmal noch mehr.

Sind nun meine in der Statistik zusammengestellten Beobachtungen mit diesen Ergebnissen in Einklang zu bringen?

Daß die klinischen Beobachtungen diesen experimentellen Ergebnissen nicht widersprechen, glaube ich mit den Ausführungen der angefertigten Statistik bewiesen zu haben. Es geht auch aus ihr hervor, daß ein ätiologischer Zusammenhang zwischen den gewöhnlichen und den spitzen Warzen bestehen muß. Wir haben bei den meisten Patienten gesehen, die vulgäre Warzen an der Haut trugen, daß sich bei ihnen nach einer Verletzung der Schleimhaut in kurzer Zeit spitze Kondylome entwickelten. Und zwar bilden sich diese Gebilde nicht etwa auf den schwer verletzten Schleimhautpartien, sondern an der Grenze zwischen normalem und verändertem Gewebe, so daß man annehmen muß, daß ein gemeinsamer Erreger diese verletzten Schleimhautpartien als Eintrittspforte benutzt hatte. Wiederum zeigten drei Fälle deutlich, daß primär auftretende spitze Kondylome vulgäre Warzen im Gefolge haben können. Zwischen den Lokalisationsstellen dieser beiden Warzenarten läßt sich, wie ich an mehreren Beispielen zeigen konnte, ohne künstliche Manipulationen und Verdrehungen entsprechend den physikalischen Funktionen der Glieder ein Kontakt finden. Weiter wurde der auffallende Befund dargelegt, daß, um einen vollen therapeutischen Erfolg zu erzielen, bei Bestehen beider Affektionen unbedingt sowohl die Warzen als auch die spitzen Kondylome vollständig entfernt werden müssen, um bei sonst einseitiger Entfernung die sicher eintretenden Rezidive zu vermeiden.

Auch die histologischen Befunde ergeben sichere Anhaltspunkte für den engen Zusammenhang beider Gebilde. Meine histologischen Unter-

Digitized by Google

suchungen beziehen sich auf spitze Kondylome, auf ältere vulgäre Warzen und besonders auf Warzen in ihrem Anfangsstadium. Die mikroskopischen Befunde bei den älteren Warzen und spitzen Kondylomen decken sich mit den vielfach beschriebenen. Ich fand regelmäßig eine starke Wucherung der Basalzellenschicht. Ihre einzelnen Zellen wiesen zahlreiche mitotische Figuren mit teilweise 3—4 Kernkörperchen auf, so daß man hier auf eine überstürzte Wucherung schließen konnte. Der Kern der Zelle vergrößerte sich, die Färbbarkeit war etwas geringer als die der normalen Basalzellen. Die darüber liegenden Zellreihen waren nur selten vermehrt, auffallend war stets eine Verbreiterung des Stratum granulosum. Die Zellen behielten sehr lange ihren Kern, auch bei zunehmendem Gehalt an Keratohyalinkörnchen. Eine Verbreiterung des Stratum lucidum war kaum nachzuweisen. Die Hornschicht war bei den vulgären Warzen stark verbreitert, zuweilen parakeratotisch verändert. An dem Papillarkörper wurden keine Veränderungen, sei es entzündlicher Natur oder in Form von Bindegewebsvermehrung, festgestellt.

Bei ganz jugendlichen Warzen, die makroskopisch nur als ein kleiner Hautbuckel zu sehen oder besser zu fühlen waren, zeigte sich lediglich eine überstürzte Wucherung der Basalzellenschicht mit den ebenfalls oben beschriebenen Zellveränderungen. Auffallend war hier stets eine starke Verbreiterung des Stratum granulosum. Weitere Veränderungen zeigten diese Partien nicht.

Sowohl hier als auch bei älteren Warzen und spitzen Kondylomen vollzog sich der Übergang zur normalen Haut und Schleimhaut allmählich. Das Stratum granulosum verschmälerte sich. Veränderungen in den Basalzellen, wie Vergrößerung und Hemichromasie der Zellen wie auch anormale Mitosen, waren noch ein weiteres Stück zum Normalen hin zu verfolgen. Bakterien oder Einschlußkörperchen wurden auch bei den verschiedensten entsprechenden Färbemethoden nicht nachgewiesen.

Die Tatsache, daß sich der Übergang vom erkrankten Gewebe zum normalen allmählich vollzieht, spricht gegen die Annahme, daß es sich bei diesen Veränderungen pathologisch-anatomisch um einen gutartigen Tumor handelt, der ein streng expansives autonomes Wachstum haben muß. Auch nach diesen Untersuchungen ergibt sich, daß der primäre Sitz der Erkrankung die Epithelzelle ist, der Papillarkörper nur passiv beteiligt ist, und daß es sich nach der Art der Veränderung der Epithelzelle hier um einen reaktiven Prozeß auf einen eingedrungenen Infekt handelt. Somit scheint es berechtigt, wie die klinischen Beobachtungen andeuten, anzunehmen, daß es sich bei den Verrucae vulgares und den Condylomata acuminata um Erkrankungen handelt, die als Ursache ein gemeinsames Virus haben.

Literatur.

Thibierge, Coincidence des verrues planes du visage et des mains de végétations des organes génitaux chez une même malade. Ann. de Derm. et de Syph., 1906, S. 893. — Schlassberg, Junger Mann mit Verrucae planae der Bukkalschleimhaut. Verhandl. d. Derm. Gesellsch. in Stockholm vom 26. II. 1911. — Ammann, Ein Fall von Kondylomen in der Mundhöhle. Dissertation an der med. Fakultät Köln. — Nadel, Über Condylomata accuminata des Mundes. Nach Ref. im Zbl., Bd. 3. — Sprecher, F., Über die sog. Condylomata accuminata der Mundschleimhaut. Kl. med. Zschr., Nr. 9—10. — Ploeger, Spitze Kondylome auf der Lippenschleimhaut und harte Warzen an den

Digitized by Google

Händen. Münch. Derm. Gesellsch. vom 9. III. 1914. — Bowen und Wigglesworth, Verrucae plantares, their Prevalence in Boy and Young Men an their Pathology. Ref. im Arch. f. Derm., 1908. — Jungmann, Ein Fall von Verrukositas. Wien. Derm. Ges. vom 6. XI. 1901. — Cronquist, Über die Ätiologie und Pathologie der spitzen Kondylome. Arch. f. Derm., Bd. 127. — Hebra und Kaposi, Lehrbuch der Hautkrankheiten. — Jadassohn, Sind die Verrucae vulgares übertragbar? Arch. f. Derm., 1896. — Herxheimer, Zur Kenntnis der Verrucae plane juveniles. M. m. W., 1894, Nr. 30. — Rach, C., Nosologische Betrachtungen der spitzen Kondylome. Derm. Zbl., 1900, S. 162. — Variot, Un cas d'inoculation experimentale des verrues de l'enfant à l'homme. Journal de clin. et de therapeut. infant., 21. VI. 1894. — De finn Licht, Ugeskr. for Laeger I, 16. Ref. D. m. Zschr., 1895, Bd. 65, S. 73. — Ciuffo, Inesto positivo con filtrado di Verruca vulgare. Ref. Arch. f. Derm., 1913, Bd. 115. — Tuccio, Experimentelle Untersuchungen über Inokulation filiformer Warzen. Arch. f. Derm., 1913, Bd. 115, S. 63. — Stern, C., Zur Frage der Ansteckungsfähigkeit der Warzen. M. m. W., 1912. Nr. 41. — Kingery, Lyle, B., The Etiology of Commou Warts, their Production in the Second Generation. Ref. Zbl., Bd. 2, S. 299. — Schultz, F., Experimentelle Übertragung von Warzen vom Rinde auf Menschen mit außerordentlich langer Inkubation. D. m. W., 1908, Nr. 10. — Ritter, C., Zur Entstehung und Behandlung der Warzen. B. kl. W., 1921, Nr. 18. — Ziegler, Über die Quecksilberbehandlung bei Warzen und spitzen Kondylomen. M. m. W., 1921, S. 332. — Siemens, Über die Wirkung des Salvarsans auf harte Warzen. (Heilung durch intradermale Salvarsaninjektionen.) Arch. f. Derm., 1922, Bd. 139, S. 113. — Arning, Behandlung der Warzen mit Kreolinbädern. Arch. f. Derm., 1909, Bd. 99, S. 471. — Lipschütz, Untersuchungen über die Ätiologie der Krankheiten der Herpesgruppe. Arch. f. Derm., 1922, Bd. 138, S. 379. — Watson, Case of verrucae planae juveniles. Ref. Arch. f. Derm., 1904, Bd. 69. — Eversbed, Warts and Corns. Ref. Arch. f. Derm., 1906, Bd. 78. — Halberstaedter, Verschwinden flacher Warzen nach Röntgenbehandlung einer kleinen Anzahl derselben. Derm. W., Bd. 50. — Galewsky, Über das spontane Verschwinden juveniler oder harter Warzen im Anschluß an die Behandlung durch Elektrolyse. Derm. W., Bd. 54. — Barcal, Behandlung der Warzen mit Radium. Ref. Arch. f. Derm., Bd. 104, S. 339. — Heller, Spitze Feigwarzen auf nicht gonorrhoischer Basis bei Ehegatten. — Lichtenstein, Beitrag zur Lehre der Kontagiosität der Condyloma acuminata. M. m. W., 1922, Nr. 8. — Warlsch, Übertragungsversuche mit spitzen Kondylomen. Arch. f. Derm., Bd. 124. — Warlsch, Erwiderungen auf die Bemerkungen Cronquists. Arch. f. Derm., Bd. 127. — Warlsch, Beitrag zur Übertragbarkeit spitzer Kondylome. M. Kl., 1923, Nr. 16, S. 522. — v. Ullmann, E., Versuche, Kehlkopfpapillome auf der Haut und Schleimhaut von Mensch und Tier zu übertragen. Ges. d. Ärzte, Wien, 25. XI. 1921. — Ziegler, Übertragungsversuche mit spitzen Kondylomen. Schles. Derm. Ges., 29. VI. 1921.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Proceedings of the Royal Society of Medicine, Section of Dermatology.

Sitzung vom 19. Februar 1925.

H. Davis: **Case of Late Post-X-Ray Pigmentation** (Fall von später Pigmentierung nach Röntgenbehandlung). Beginn 5 Jahre nach der jetzt 13 Jahre zurückliegenden Behandlung. Seitdem zunehmend.

H. C. Semon: **Widespread Streptothrix Infection** (Weitverbreitete Streptothrixinfektion). Granulomatöse Läsionen. Nachweis säurefester Bazillen. Beträchtliche Besserung nach Jodkali.

H. C. Semon: **Lichen Planus of Mouth and Lips** (Lichen planus an Mund und Lippen). Außerdem typischer zirzinärer Lichen planus der Glans penis.

Digitized by Google

H. McCormac: **Case of Mycosis Fungoides of Fifteen Years' Duration** (Fall von seit 15 Jahren dauernder Mycosis fungoides). Erfuhr wesentliche Besserung nach einem Erysipel. Danach durch zeitweise verabfolgte Röntgendosen in Schranken gehalten. Deren langdauernde Anwendung bewirkte keine Schädigung des Blutes.

H. McCormac und E. A. Cockayne: **Case of Lupus Pernio** (Fall von Lupus pernio). Erythematöse Plaques und Knötchen an fast allen Fingern und Zehen. Tuberkulose klinisch und biologisch negativ.

G. B. Dowling: **Urticaria pigmentosa.** Kind von 5 Wochen. Bei der Geburt allgemeines Erythem, stellenweise schwindend, dann Auftreten von Blasen auf den erythematösen Flecken. Später Effloreszenzen durch Knötchen ersetzt. Mikroskopisch dichte Mastzelleninfiltration.

G. W. Dowling: **Case of Pseudo-Pelade Associated with Lichen Plano-pilaris** (Fall von Pseudo-Pelade verbunden mit Lichen planò-pilaris). Vor 5 Jahren Lichen planopilaris, bald darauf ein halbes Dutzend kahler Flecke auf dem Kopf. Haare nicht wieder gewachsen, jetzt ausgesprochene Atrophie. Für die Erscheinungen wird Lichen planus herangezogen.

G. W. Dowling: **Case of Sarcoid?** (Fall von Sarkoid (?). Schwellungen an den Zehen und Ödem am Fußrücken. Am linken Schienbein bläulich-rotes Knötchen von der Größe einer Nuß, fest, doch nicht sehr hart. Am Spann des linken Fußes fester ovaler Plaque, rot, ziemlich hart, scharf begrenzt. Röntgenologisch: diffuse Periostitis. In der Besprechung wird die Beziehung zum Erythema elevatum diutinum (Radcliffe-Crocker), einer Form des Granuloma annulare, hervorgehoben.

H. W. Barber: **Fall von Lichen nitidus.**

H. W. Barber: **Scaly Eruption (?) Syphilitic** (Schuppende Syphilis (?)-Eruption). Atrophische, schuppende Erscheinungen am Gesäß, Schenkeln, Beinen, über dem Kreuzbein scharf begrenzt beiderseits symmetrisch endend. Vitiligo an Skrotum und Penis, Leukoplakie. WR stark positiv.

A. C. Roxburgh: **Case of Papulo-necrotic Tuberculide** (Fall von papulo-nekrotischem Tuberkulid). Diagnose daraufhin, daß einige Effloreszenzen in letzter Zeit im Zentrum nekrotisch geworden sind.

A. C. Roxburgh: **Case of Erythema Induratum (Whitfield Type?)** (Fall von Erythema induratum [Whitfield-Typus?]). Seit einem Jahre zahlreiche subkutane Knoten unterhalb der Knie. A. M. H. Gray spricht sich für Dariers subkutanes Sarkoid aus, das mit dem Whitfield-Typus identisch ist.

E. G. Graham Little: **Case of Acute Sarcoids** (Fall von akutem Sarkoid). Tuberkulöse Pat. Auftreten zahlreicher Knoten in kurzer Zeit.

E. G. Graham Little: **Case of Erythematoid Benign Epithelioma** (Fall von erythematoidem benignem Epitheliom). An der rechten Schläfe seit 44 Jahren bestehend. Außerdem Psoriasis.

W. J. O'Donovan: **Syphilitic Ulcerating Granuloma of the Pudenda with Amyloid Disease** (Ulzeriertes syphilitisches Granulom der Schamteile mit Ausgang in amyloide Degeneration). Tiefgehendes kraterförmiges Geschwür am Mons Veneris, Geschwüre in den Leisten. Große Schamlippen stark geschwollen, rot, oberflächlich ulzeriert bis zum After hin. WR positiv. Grampositive Kokken und gramnegative Bazillen, zahlreiche Spirillen und Bazillen ähnlich Vinzent.

Sitzung vom 19. März 1925, Bd. 28, Nr. 9.

A. C. Roxburgh: **Schamberg's Disease, or Angioma Serpiginosum?** (Schambergsche Krankheit oder Angioma serpiginosum?). Seit 3 Monaten Entwicklung von gelblichen, leicht schuppenden Effloreszenzen über den Tibien; über Trochanter major und Gesäß Flecke von dilatierten Gefäßen, bei Druck nicht abblassend. Sie schwinden mit Zurücklassung gelblicher Färbung wie bei den zuerst beschriebenen Effloreszenzen. Weitere Erscheinungen an Rücken und Abdomen. Histologischer Befund nicht charakteristisch.

J. M. H. McLeod: **Case of Hemiatrophia Facialis of the Romberg Type** (Fall von Hemiatrophia facialis von Rombergschem Typus). Voraufgegangen war ein Abszeß im Munde, der inzidiert worden war, und später eine Operation an der Narbe der Wangenschleimhaut. Dadurch Verlust der Funktion der sympathischen Fasern des Trigeminus.

H. McCormac: **Case of Recurrent Erysipelas** (Fall von rezidivierendem Erysipel). Mehrfache Anfälle seit $2^1/_2$ Jahren. Die zurückgebliebenen Schwellungen und

Digitized by Google

ausgedehnter Haarausfall besserten sich nach mehreren Serien von Eigenbluteinspritzungen.

H. C. Semon: **Two Cases of Livedo Racemosa** (Zwei Fälle von Livedo racemosa). Das Auftreten bei Mutter und Kind stützt die Annahme eines konstitutionellen Faktors.

H. W. Barber: **Case of Generalized Lichen Nitidus** (Fall von generalisiertem Lichen nitidus). Histologisch bestätigt. Röntgenologisch Verdichtungen am Lungenhilus mit verkalkten Bronchialdrüsen.

H. W. Barber: **Case of Vitiligo, with (formerly) Alopezia Areata and Lupus Erythematosus** (Fall von Vitiligo bei schon vorher bestehender Alopecia areata und Lupus erythematosus). Alopecia areata 2 Jahre zuvor.

H. W. Barber: **Case of Persistent Circinate Erythema** (Fall von persistierendem Erythema circinatum). 1914 Trichophytie am linken Schienbein. Seit Oktober 1924 Erscheinungen am rechten Unterarm, dann an anderen Stellen. Beginn mit erhabenen, derben, erythematösen Flecken, die vollständige Ringe bilden; Zentrum weißlich, Ränder blaßrötlich. Beim peripheren Fortschreiten teilweises Schwinden, Bildung von $^3/_4$ Ringen. Sie schwanden schnell vollständig, nachdem nach Extraktion infizierter Zähne von ihnen Streptococcus longus gezüchtet war, der durch das Serum des Pat. agglutiniert in Verdünnung von 1:200 zur Verwendung kam.

H. G. Adamson: **Lichen obtusus?** 73jähr. Mann, seit 20 Jahren erkrankt. Zahlreiche erhabene, abgeplattete, kuppelförmige, feste, dunkelrote Knötchen, mit kreisförmiger Begrenzung, unregelmäßig angeordnet an Innen- und Hinterfläche der linken Wade. Die als Lichen obtusus im Sinne Unnas aufgefaßte Erkrankung unterscheidet sich von Brocqs Lichen obtusus corneus durch Anordnung der Knötchen in einem beschränkten Bezirk, nicht mehr oder weniger symmetrisch über die Beine zerstreut.

W. Jenkins Oliver: **Case of Subcutaneous Nodules for Diagnosis** (Fall von subkutanen Knötchen zur Diagnose). Knabe von $3^1/_2$ Jahren. Unterhalb des linken Olekranons fünf harte, feste intradermale und subkutane Knötchen in unregelmäßiger Ringlinie. Späterer histologischer Befund: Granulom unbestimmter Natur.

E. G. Graham Little: **Case of Acne Varioliformis** (Fall von Acne varioliformis).

E. G. Graham Little: **Case of Dermatitis Artefacta** (Fall von artefizieller Dermatitis). Ausgedehnte Exkoriationen; unter Verband sehr gebessert.

E. G. Graham Little: **Multiple Sarcoids** (Multiple Sarkoide). Mehrfache subkutane Schwellungen am rechten Bein und Schenkel, die ältesten seit 8 Monaten. Keine Tuberkulose.

E. G. Graham Little: **Case of Pityriasis Rubra** (Fall von Pityriasis rubra). 10jähr. Knabe. Allgemeine Eruption seit 3 Jahren. Die ganze Oberfläche ist ergriffen, die Haut entzündet, exkoriierend; Ektropium. Allgemeinbefinden gut.

G. B. Dowling: **Adenoma Sebaceum Tumours in a Boy aged 19** (Tumoren von Adenoma sebaceum bei einem 19jähr. Burschen). Pringle-Typus. Auffallend, daß die Affektion ausgesprochen einseitig. Guter Erfolg mit punktförmiger Kauterisation.

E. Levin-Berlin.

The American Journal of Syphilis.

1925, Bd. 9, Nr. 2.

The Relative Absorption and Therapeutic Efficiency of Some Bismuth Preparations (Die Absorption und der therapeutische Wert einiger Wismutpräparate), von L. G. Beinhauer und F. M. Jacob, Univ. Pittsburgh. S. 213. Folgende Präparate wurden untersucht: Salizylwismut, Neotrepol, Jodchininwismut, Bismudol, Bikreol und Kaliumwismuttartrat. Die Untersuchungen betrafen zunächst die Absorption, die für die einzelnen Präparate zwischen 4 und 9 Wochen lag. Die Kontrolle erfolgte durch Röntgenaufnahmen der Glutäen. Die WR wurde gut beeinflußt. Die Präparate wurden sämtlich schmerzlos vertragen. Die klinischen Symptome wurden genau so gut wie bei Quecksilber zum Verschwinden gebracht.

Generalized Cutaneous Syphilis: Clinical Differentiation (Die klinischen Merkmale allgemeiner syphilitischer Exantheme), von H. Goodman-New York. S. 225. Die Arbeit bringt neben kurzer Beschreibung eine große Reihe von Aufnahmen aus dem Gebiet der luischen Hauterscheinungen.

Digitized by Google

The Management of Accidents Occurring in the Treatment of Syphilis (Die Behandlung von Zwischenfällen bei der Luestherapie), von I. C. Sutton-Hollywood, Kalifornien. S. 248. Die Jodschädigungen, wie Schnupfen, Akne und Intestinalsymptome, gehen im allgemeinen bei Entziehung des Medikamentes zurück. Bei Salvarsanexanthem empfiehlt Verf. Natriumthiosulphat. Auch die Besprechung der Quecksilberschädigung bringt für den Dermatologen nichts Besonderes.

A Clinical and Biochemical Study of Neurosyphilis (Eine klinische und biochemische Studie über Neurosyphilis), von L. H. Cornwall und C. N. Myers-New York. S. 256. Zu den Untersuchungen wurden Kaninchen verwendet, denen pro kg Gewicht 0,1 g Silberarsphenamin injiziert wurde. Die Dosis war etwa 35mal größer als beim Menschen. Als Endergebnis kann festgestellt werden, daß bei intravenöser Applikation in der Milz größere Mengen von Arsen als in der Leber oder den Nieren gespeichert wurden. Nach vier Tagen war die Arsenmenge in der Milz 12mal größer als in der Leber.

Acute Purpura Hemorrhagica as a Complication in the Treatment of Syphilis (Akute Purpura haemorrhagica als Komplikation bei der Syphilisbehandlung), von P. A. O'Leary und H. M. Conner-Rochester, Minn. S. 262. Unter Heranziehung einer ausführlichen Literatur werden zwei Fälle von toxischer Purpura berichtet, die nach Behandlung mit Sulfarsphenamin auftraten. Bei den beschriebenen Fällen war die Zahl der Blutplättchen etwas herabgesetzt und die Dauer der Blutungszeit bedeutend verlängert. Eine Veränderung in der Gerinnungszeit des venösen Blutes wurde festgestellt, auch war die Prothombinkoagulationszeit verlängert.

The Etiology and Management of Antenatal Syphilis (Die Ätiologie und Behandlung der embryonalen Syphilis), von R. L. Impey und A. R. Fraser-Kapstadt. S. 274. Die ausführliche Besprechung der Frage befaßt sich zunächst mit den Infektionsmöglichkeiten und der Diagnose bei den Schwangeren. Es wird der größte Wert auf eine klinische Erkennung der Lues gelegt, und erst bei Fehlen aller Symptome soll als letzte Kontrolle die WR dienen. Die Arbeit fordert möglichst rechtzeitige Diagnose der mütterlichen Lues und dann sofort einsetzende Behandlung. Therapeutisch wird für die Klinik Inunktionskur und für die ambulante Behandlung Salvarsan in kleinen Dosen empfohlen.

Nonspecificity of the Luetin Test (Die Unspezifität der Luetinreaktion), von D. C. Smith und R. D. Gill-Charlottesville. S. 292. Die Arbeit bringt Kontrolluntersuchungen der von Noguchi als spezifisch angegebenen Luetinreaktion. An Hand einer großen Reihe von Fällen, die in einer Tabelle übersichtlich zusammengestellt sind, wird bewiesen, daß die Reaktion völlig unspezifisch ist. Bei einer großen Reihe nichtsyphilitischer Erkrankungen, bei denen die WR positiv war, fiel sie negativ aus und umgekehrt.

The Spontaneous Precipitation Test for Cerebrospinal Syphilis (Eine Flockungsreaktion zur Diagnose der zerebrospinalen Syphilis), von A. Khan-Brooklyn, N. Y. S. 299. Die Methode besteht in einer Vereinigung von 0,3 ccm Liquor und 0,2 ccm einer 1%igen Ammoniummolybdatlösung. Das Gemisch wird mit physiologischer Kochsalzlösung auf 1 ccm Volumen gebracht. Die etwa eintretende Flockung kann sofort abgelesen werden. Nach den Tabellen des Verf. gab die Reaktion genaueste Resultate.

A Standardized Method of Preparing Colloidal Gold Solution (Eine feste Methode in der Zubereitung der kolloidalen Goldsollösung), von M. J. Breuer-Lincoln. S. 307. Als wichtigste Forderungen sind anzusehen, daß das Wasser ausreichend warm ist, bevor irgend ein Reagenz zugefügt wird, daß weiter zuerst Kaliumkarbonat und dann das Goldsol zugefügt wird. Weiter soll am Ende der Reaktion der Siedepunkt noch nicht erreicht sein, und schließlich sollen die drei Schritte der Zufügung von Reagenzien in gleichen Intervallen gewährt werden.

Unusual Divergence in the Results Obtained with Plain and Cholesterinized Antigens in the Complement-Fixation Test for Syphilis (Ungewöhnliches Abweichen in den Ergebnissen mit einfachen und cholesterinisierten Antigenen bei der Komplementfixation), von R. Gilbert und V. Langworthy-Albany, N. Y. S. 310. Bei verschiedenen Seren wurde mit einfachem alkoholischem Extrakt eine positive Reaktion erhalten, während bei derselben Methode mit einem durch 0,4% Cholesterin verstärkten Extrakt keine Flockung eintrat. Bei den 11 untersuchten Fällen war nur viermal klinisch sicher die Lues festzustellen, jedoch waren auch die 7 anderen nicht als ganz sicher gesund anzusprechen. Eine Erklärung für die paradoxe Reaktion wurde nicht gefunden.

Digitized by Google

The Present Status of Kolmer's Complement-Fixation Test for Syphilis as Established by a Critical Comparison with Numerous Other Methods (Der derzeitige Stand der Kolmerschen Komplementfixation, kritisch verglichen mit zahlreichen anderen Methoden), von R. A. Kilduffe. S. 318. Die Arbeit ist eine Literaturzusammenstellung sämtlicher größeren Arbeiten, in denen Untersuchungen über die Kolmersche Reaktion angestellt wurden. Es ergibt sich so ein Material von 68000 Fällen. Die erhaltenen Resultate zeigen die klinische Bedeutung und den Wert der Reaktion als spezifischen Nachweis der Syphilis.

Comparison of Four Hour and Overnight (15 Hour) Primary Ice Box Incubation in 1200 Wassermann Tests with Clinical Analysis of Cases (Vergleich der 4stündigen und 15stündigen Anfangseinstellung im Eisschrank von 12 Wassermann-Reaktionen mit klinischer Analyse der Fälle), von B. S. Kline, H. S. Applebaum und M. A. Lundagen-Cleveland. S. 345. An Hand von ausführlichen Tabellen ergibt sich, daß die 15stündige Anfangsunterbringung der WR im Eisschrank die genauesten Resultate zeitigt. Seren, die bei 4stündiger Unterbringung im Eisschrank oder nach sofortiger Einstellung in den Brutschrank negative oder zweifelhafte Resultate ergeben, zeigten sich nach 15stündiger Eisschrankeinstellung als deutlich positiv. Zweifelhafte Resultate wurden kaum erhalten.

The Kahn Test as an Aid in Diagnosis of Syphilis (Die Kahnsche Reaktion als Unterstützung der Syphilisdiagnose), von K. T. Redfield-Roanoke, Virginia. S. 354. Eine Übersicht von 29000 Fällen, in denen die Kahnsche Reaktion mit der WR verglichen wurde, ergibt die große Bedeutung der ersteren. Nach der Kahnschen Methode werden weniger falsche Resultate als nach Wassermann erhalten. Der Autor empfiehlt deshalb, immer beide Reaktionen anzustellen.

Observations on Sixteen Hundred and Fifty Routine Wassermann Tests (Beobachtungen an 1650 durchgängig nach der Wassermannschen Reaktion untersuchten Fällen), von F. Epplen-Washington. S. 360. Es wurden an 1650 Fällen ohne Rücksicht auf die Anamnese Blutuntersuchungen nach Wassermann vorgenommen. Dabei stellten sich 55 Fälle als positiv heraus, von denen wiederum etwa bei 20 die Lues unter anderen Krankheiten von den vorher behandelten Praktikern übersehen worden war. Der Verf. übersieht nicht die möglichen Fehler der Reaktionen, nennt insbesondere auch 9 sicher an Syphilis Erkrankte, die negative Resultate ergaben; er fordert aber trotzdem, daß allgemein durchgängig von den Praktikern zur Untersuchung Blut abgenommen soll, da sonst in 1,2% Fälle von Lues übersehen würden. E. Rosenbaum-Berlin.

Česká Dermatologie.

1925, Jahrg. 6, Nr. 10.

Radiumbehandlung des Naevus flammeus, von F. V. Novák-Vinobrody (Weinberge). Die Behandlung des Naevus flammeus ist sehr schwer; selbst mit Radium erzielt man keine voll befriedigenden Resultate. Den normalen Charakter kann man der Haut nicht geben, wenn auch die Haut so sehr gebessert wird, daß sie von normaler Haut nicht sehr verschieden ist. Der Autor bestrahlt den Nävus mit flachen Apparaten aus Glas, und zwar verwendet er β-Strahlen bei möglichst kurzer Expositionsdauer. Stets filtriert er durch mehrere Mullschichten, um den kaustischen Effekt zu verhüten. Um die pigmentierte Fläche möglichst gleichmäßig zu dekolorieren, besonders wenn sie groß ist, verwendet der Autor die plastische Masse, die die Zahnärzte (Stents) verwenden. In diese legt er die Bestrahler so hinein, daß die Ränder desselben gedeckt sind, so daß sich dieselben auf der Haut abbilden können.

Ichtoxylbehandlung, von A. Neumann-Prag. Zwei Fälle aus der Praxis. Wegen der kapillartonischen Wirkung des Ichtoxyls verwendete der Autor dasselbe bei einem Fall von chronischem Ekzem des Unterschenkels auf variköser Basis. Während andere Mittel versagt hatten, bewährte sich das Ichtoxyl ausgezeichnet. Im zweiten Fall handelte es sich um einen großen Furunkel des Gesichtes. Auch hier erfolgte nach Ichtoxyl eine ungewöhnlich rasche und kosmetisch vollkommene Heilung.

G. Mühlstein-Prag.

Digitized by Google

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 14. Mai 1925.

L.-M. Pautrier: **A propos du procès verbal. La vaccinothérapie du chancre mou** (Zum Protokoll. Die Vakzinebehandlung des weichen Schankers). Zu der Mitteilung von Jausion und Diot wird über gleichartige Versuche aus dem Bakteriologischen Institut und der Hautklinik in Straßburg hingewiesen, über die Hababou-Sala in der Sitzung der Straßburger Dermatologischen Vereinigung vom 8. März d. J. berichtet hat (Ref. diese Wschr.). Es ist hier bereits mit Umschlägen von Streptobazillen enthaltenden Kulturen gearbeitet worden; die Erfolge dieser rein örtlichen Behandlung waren vorzügliche.

Lafay: **A propos de l'iode colloidal** (Zum Protokoll. Über das kolloidale Jod). Die in der vorigen Sitzung von Lortat-Jacob und Legrain über die vorzügliche Wirkung des 4%igen kolloidalen Jods vorgetragenen Betrachtungen werden als theoretisch und praktisch unberechtigt bezeichnet. Es handelt sich gar nicht um kolloidales Jod, und die angeblich zur Anwendung gekommene und so gut vertragene große Jodmenge beruht auf falscher Berechnung.

J. Meyer: **Deux cas de sycosis traités par la vaccinothérapie, intradermique** (Zwei Fälle von Sykosis mit intrakutaner Vakzinetherapie behandelt). Kombinierte Behandlung mit Epilation und großen Dosen von Staphylokokkenvakzine intrakutan. Die guten Erfolge werden auf diese, nicht auf die Epilation bezogen. Die intrakutane Impfung ist der subkutanen überlegen, besonders wenn einige Einspritzungen in den Herd selbst gemacht werden.

E. Wallon: **Quelques cancers cutanés guéris par la curiethérapie** (Einige mit Radium geheilte Hautkrebse). Bei den zum Teil an schwierigen Stellen sitzenden Herden wurden ausgezeichnete Narben erzielt. Es ist gute Filtration erforderlich, damit nur die γ-Strahlen zur Wirkung kommen. Die Radiumbehandlung gewinnt immer weiter an Boden; sie ist auch indiziert bei spinozellulären Epitheliomen, die im allgemeinen als röntgenresistent betrachtet werden, und da, wo die Wirkung der Röntgenstrahlen erschöpft ist. Die Radiumbehandlung übertrifft, eine geeignete Technik vorausgesetzt, alle sonst in Frage kommenden Behandlungsmethoden. In der Besprechung werden die erzielten Erfolge als nicht so besonders betrachtet; auch mit den β-Strahlen sowie mit anderen Methoden läßt sich gleiches erzielen.

Hudelo und Chabrun: **Bromides végétantes** (Bromoderma tuberosum). Nach Sedobrol aufgetreten. Die Effloreszenzen haben den Umfang einer Linse und mehr. Sie sind rundlich ovalär, überragen die benachbarte Haut um 4—5 mm und sind von einem kleinen Eitersaum und einem Epidermiskranz umgrenzt. Die Oberfläche ist rot gefärbt, sieht unregelmäßig, leicht papillomatös aus. Sie fühlen sich weich, sammetartig an; geringes Nässen, an einzelnen Punkten auf Druck kleine Eitertröpfchen, Bildung bräunlicher Krusten. Die Elementarläsion des Bromoderma ist eine follikuläre Pustel mit einem entzündlichen Hof, deren Konfluenz vegetierende, trichophytieähnliche Plaques bildet.

Hudelo, Caillaud und Chabrun: **Angiokératomes type Mibelli** (Angiokeratoma Mibelli). Bei einem Mädchen von 13 Jahren nach mehrfachen voraufgegangenen Erfrierungen aufgetreten. Sichere Tuberkulose, wahrscheinlich auch kongenitale Syphilis. Histologisch finden sich u. a. auch entzündliche Läsionen der Venenwandungen, die vielleicht den wesentlichen Prozeß der Affektion darstellen.

Jeanselme und Burnier: **Lichen spinulosus et lichen plan** (Lichen spinulosus und Lichen planus). Bei der 61jähr. Frau finden sich am Rücken Erscheinungen von Lichen pilaris oder spinulosus, an der Mundschleimhaut und der Vulva Lichen-planus-Effloreszenzen. Auf der Haut nur keratotische Effloreszenzen, keine Lichenpapeln, auch histologisch kein für diese sprechendes Bild. Es dürfte sich um ein zufälliges Zusammentreffen voneinander unabhängiger Erkrankungen handeln.

Jeanselme und Burnier: **Pityriasis rubra pilaire héréditaire et familial** (Familiäre und hereditäre Pityriasis rubra pilaris). Am Kopf, dem Thorax und im Gesicht erythematös-schuppende, ganz als Psoriasis imponierende Effloreszenzen; nur die an den Fingern und die an den Knien befindlichen peripilären Hornkegel gestatten die richtige Diagnose. Die gleichen Erscheinungen fanden sich bei der Mutter des Kindes; ferner sollen ein weiteres Kind (von im ganzen 3), sowie 2 Brüder und eine Schwester der

Digitized by Google

Mutter (von im ganzen 4 Brüdern und Schwestern) und 3 entfernte Vettern von ihrer väterlichen Seite an der Krankheit leiden. Ätiologisch ließ sich nichts nachweisen.

Louste und Le Clerc: **Favus généralisé** (Generalisierter Favus). 18jähr. junges Mädchen, seit 3 Jahren erkrankt, seit 2 Jahren Ausbreitung über den Körper. Fast völlige Kahlheit mit einigen typischen Favusskutula; an einem großen Teil des übrigen Körpers dicke Plaques mit Krusten und typischen Skutula. Die Ausbreitung der Erkrankung wird mit einer Hyperglykämie in Zusammenhang gebracht.

Louste, Caillaud und Le Clerc: **„Lupus pernio", type lympho-granulomateux de Schaumann** (Lupus pernio, lympho-granulomatöser Typus Schaumann). Die bei einem jungen Mädchen von 22 Jahren seit 4 Jahren bestehende Erkrankung zeigt an der Nasenspitze Infiltration, veilchenblaue Färbung, Ödem; der untere Abschnitt der Nase und der Nasenlöcher bei der Berührung kalt, weich, der Rand unregelmäßig, wie durch alte Narben angefressen; bläuliche Flecken auch auf den Wangen und dem Kinn. An den Händen alte Narben, livide, ödematöse Infiltration der Enden mit Neigung zur Ulzeration, Deformierungen an den Fingern und Metakarpalien mit Beugestellung, Beschränkung der Bewegungen. Bei Glasdruck zeigen die Effloreszenzen eine Reihe von kleinen, rundlichen, voneinander getrennten Läsionen, wie kleine Lupome, aber mehr grau wie gelb gefärbt. Röntgenologisch völlig entkalkte Zonen an den Phalangen und Metakarpalknochen, Zeichen von Tuberkulose an den Lungen. Pirquet negativ. Histologisch keine Verkäsung; keine säurefesten Bazillen, Meerschweinchenimpfung negativ. Im Gegensatz zu den Fällen von Schaumann ergreift die Affektion die Subkutis und unterscheidet sich dadurch auch vom Boeckschen Sarkoid.

Louste, Caillaud und Marassi: **Tuberculose ulcéreuse de la cuisse** (Ulzerierte Tuberkulose am Schenkel). Da die Erscheinungen bei dem 10jähr. Knaben in der Tiefe der Gewebe am ausgesprochensten und am stärksten in der Entwicklung sind, scheint es sich nicht um eine Tuberkulose durch äußere Inokulation, sondern von der Blutbahn her zu handeln.

Louste, Caillaud und Marassi: **Un cas d'érythroplasie génitale d'apparence, chancriforme avec épithélioma** (Fall von Erythroplasie an den Genitalien von schankerartigem Aussehen mit Epitheliom). Bei einem 78jähr. Manne leicht ulzerierte Induration an der Basis der Glans und dem Sulkus; Spirochäten negativ, keine Drüsenschwellungen. Besteht seit ungefähr einem Jahre. Histologisch Erythroplasie nach Queyrat, 1893 von Darier als „épithélioma papillaire nu" beschrieben.

Boucher: **Une affection d'allure pemphigoide** (Eine Affektion von pemphigoidem Verlaufe). Beobachtung aus dem Jahre 1909 an vier tödlich verlaufenen Fällen in Pnom-Penh, der Hauptstadt von Cambodga. Infektiöse Purpura, gefolgt von infektiösem Pemphigus, dann Eiterung. Entwicklung der Krankheit in durchschnittlich 20 Tagen. Andauerndes Fieber zwischen der Purpuraeruption und der Eiterung, während des Pemphigusstadiums. Der vierte Fall erwies sich als sichere Variola; zwischen den vier Kranken keine Beziehungen.

Gastou und Pontoizeau: **La réactivation arsénicale de la syphilis: sa valeur dans le diagnostic, le pronostic et le traitement, en particulier au début du chancre** (Die Arsenreaktivierung der Syphilis: ihr Wert für die Diagnose, Prognose und Behandlung, besonders bei beginnenden Schankern). Nachprüfung der von Milian eingeführten Reaktivierung, da deren Wert sehr verschieden beurteilt wird, und zwar besonders in bezug auf Auftreten einer positiven Reaktion bei syphilisverdächtigen, vorher nicht behandelten Personen. Zwei Salvarsaneinspritzungen von 0,15 und 0,3 in Pausen von 8 Tagen; Untersuchung nach verschiedenen Methoden 10 Tage, 20 Tage, 3 Wochen und selbst 2—3 Monate nach der letzten Einspritzung. Es ergaben 24 Ulcera mollia (Streptobazillen positiv, Spirochäten negativ): 4mal Reaktivierung; 23 Ulcera dura (Spirochäten positiv): 10mal Reaktivierung, und zwar im eigentlichen Sinne als Folge der Einspritzungen zu einer Zeit, zu der eine positive WR durch die Entwicklung der Krankheit noch nicht in Frage kam. Das Ausbleiben der Reaktivierung in den anderen Fällen erklärt sich aus bereits stattgehabter Behandlung; 19 Ulcera mixta (15 mit Streptobazillen allein, 4 außerdem mit Spirochäten): einmal Reaktivierung; 19 suspekte Erosionen ohne bakteriellen Befund: 4mal Reaktivierung. Im ganzen konnte in 58 Fällen, in denen Spirochäten nicht nachgewiesen waren, 46mal keine Reaktivierung erzielt werden, und der weitere Verlauf ergab auch keine Syphilis; es war also dadurch den Kranken eine lange weitere Behandlung erspart worden. Bei 20 an verschiedenen Hautkrankheiten leidenden Kranken fand sich 2mal Reaktivierung. Die Methode erscheint bei geeigneter Technik besonders beim Ulcus mixtum von großem Werte.

Digitized by Google

P. Chevallier: **Une petite épidémie de Pityriasis rosé de Gibert** (Eine kleine Epidemie von Pityriasis rosea). Drei Fälle bei in einem Bordell befindlichen Prostituierten. Die eine Kranke, bei der die bereits im Schwinden begriffenen Erscheinungen seit einem Monat bestanden, scheint bei der Annahme einer Inkubation von 15—20 Tagen (Brocq) zur Quelle der Ansteckung für die anderen geworden zu sein.

Burnier und Rejsek: **Fistule branchiale cervicale** (Halskiemenfistel). Öffnung in der Regio subhyoidea. Exstirpation. Histologisch zeigt sich eine von normalem Epithel ausgekleidete Einstülpung.

Burnier und Rejsek: **Fibromes sous-cutanés péripilaires multiples du cou** (Multiple subkutane peripiläre Fibrome am Halse). Ungefähr 100 Tumoren von Hirsekorn- bis zu Kleinerbsengröße an Hals, Nacken, Brust, Wangen, von normal gefärbter Haut bedeckt. Histologisch unterhalb normaler Epidermis subkutane Knötchen, aus Bindegewebsfasern zusammengesetzt, voneinander durch kollagene Fasern der Kutis und des Unterhautbindegewebes getrennt, ausschließlich um die Haarfollikel herum entwickelt.

A. Léri und Layani: **Lymphangiectasies périnéo-scrotales post-éléphantiasiques. Eosinophilie passagère** (Perineo-skrotale Lymphangiektasien nach Elefantiasis. Vorübergehende Eosinophilie). Ausgebreitete teppichartige Eruption von bis erbsengroßen Elementen an Skrotum, Perineum, Femoralfalten und Penis der geschwollen, vorspringend, gekrümmt wie diffus ödematös ist. Hier sind die Elemente zum Teil gestielt, doch läßt sich aus ihnen wie aus den anderen durch Einstechen eine seröse Flüssigkeit entleeren; diese ist außerordentlich reich an Lymphozyten mit einer gewissen Zahl großer mononukleärer Elemente, also Lymphe. 11 Jahre zuvor hatte ein lymphangitischer und vielleicht erysipelatöser Prozeß an den Beinen bestanden, nach dem ein Ödem zurückblieb, das bei Bettruhe sich etwas verminderte, dann wieder zunahm und zu enormer Vergrößerung der Beine führte. Die zur Zeit bestehenden Erscheinungen waren als Residuen eines erneuten akuten Anfalles von Lymphangiektasien im Gefolge von Elefantiasis, und zwar würde, da der Kranke niemals aus Frankreich herausgekommen war, eine Elefantiasis nostras vorliegen; Streptokokken konnten allerdings auf keine Weise nachgewiesen werden. Vorübergehend fand sich im Blute eine beträchtliche Eosinophilie; da eine solche ein wichtiger Befund bei Parasitenerkrankungen ist, trat doch der Verdacht auf Filarienelefantiasis auf; es waren aber nachts keine Filarien im Blut nachweisbar.

E. Levin-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Bakteriologie und Immunitätslehre.

Anaphylaxiestudien bei Mensch und Tier. II. Mitteilung: Die Hautreaktionen beim Menschen, von F. Tonietti-Siena, Med. Univ.-Kl. Kiel. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1925, Bd. 45, H. 1/2.) Das auf intrakutanem Wege in einen sensibilisierten Organismus eingeführte Antigen bedingt eine örtliche Reaktion, die als anaphylaktische Erscheinung angesprochen werden muß. Die Erscheinungen von Hypersensibilität der Haut nach vorausgegangener intramuskulärer Sensibilisierung, bei Reinjektion in die Haut, zeigen sich zwischen dem 5. und 7. Tag; dabei überwiegen die Erscheinungen der Rötung die exsudativen Vorgänge. Reinjiziert man das Antigen statt intrakutan subkutan, so läßt sich feststellen, daß sowohl die Haut wie auch die Regionen unter der Haut Erscheinungen von Überempfindlichkeit zeigen, die aber in der Haut wesentlich auffälliger sind. Die Hypersensibilität der Haut, die sich infolge von Injektionen eines heterogenen Serums zeigt, kann durch Jahre bestehen bleiben. In solchen Fällen treten die örtlichen Reizerscheinungen nach intrakutaner Injektion nach 6 Stunden auf und erreichen ihr Maximum nach 24 Stunden. Diese Prüfung kann also verwandt werden zur Feststellung von Überempfindlichkeit gegen Serum. Sensibilisiert man intrakutan, so zeigt sich bei einer Gegenüberstellung mit den nach subkutaner Sensibilisierung erfolgten Reaktionen, daß die Intensität der Hautreaktion bei der Intrakutansensibilisierung wesentlich verstärkt ist. Es genügten in einem Falle sogar die zur intrakutanen Sensibilisierung verwandten kleinen Dosen, um bei intrakutaner Reinjektion eine Serumkrankheit auszulösen. Hieraus geht hervor, daß das Pirquetsche Gesetz von der Abhängigkeit der Häufigkeit des Auftretens einer Serumkrankheit von der Dosis der sensibilisierenden

Digitized by Google

Injektion für die Haut nicht besteht. Vielmehr erhellt aus diesen Beobachtungen von neuem die Bedeutung der Haut als immunitätsschaffendes Organ. Gibt man die intrakutane Injektion, während das Exanthem in voller Blüte ist, so treten die Reaktionserscheinungen ungewohnt schnell und heftig auf. Analoge Erscheinungen, besonders bei der Tuberkulose, machen die enge Verknüpfung mit dem vegetativen Nervensystem besonders deutlich. Ergebnis: Die charakteristische Hautreaktion, welche nach Sensibilisierung des Organismus durch parenterale Einführung heterologen Serums erfolgt, ist engstens verknüpft mit der Gleichgewichtsstörung des spezifisch sensibilisierten vegetativen Systems, insonderheit mit gesteigerter Reaktionsfähigkeit des Vagussystems.

R. Hölscher-Hamburg.

Anaphylaxiestudien bei Mensch und Tier. III. Mitteilung: Die Adrenalinlymphozytose beim Menschen, von F. Tonietti-Siena, Med. Univ.-Kl. Kiel. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1925, Bd. 45, H. 1/2.) Die normalerweise nach Adrenalin auftretende Vermehrung der Lymphozyten im Blut kommt im Zustande des anaphylaktischen Choks nicht mehr zustande. Die Erscheinung entspricht einem temporären Überwiegen des Vagus, einer Hemmung der durch den Sympathikus unter normalen Bedingungen herbeigeführten Kontraktion der Milz. Die Lymphozytose kann am anaphylaktischen Individuum durch vorherige Atropinisierung wieder zum Vorschein gebracht werden. Das Zustandekommen oder Ausbleiben der Adrenalinlymphozytose steht — abgesehen von anatomischen Läsionen des lymphatischen Gewebes — in deutlicher Abhängigkeit von der Erregbarkeit und dem Stärkeverhältnis der sich antagonistisch gegenüberstehenden beiden vegetativen Systeme.

R. Hölscher-Hamburg.

Anaphylaxiestudien bei Mensch und Tier. IV. Mitteilung: Über die Idiosynkrasie gegen Nickel („Nickelkrätze") und ihre Beziehung zur Anaphylaxie, von A. Schittenhelm und W. Stockinger, Med. Univ.-Kl. Kiel. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1925, Bd. 45, H. 1/2.) Verff. hatten Gelegenheit, eine Reihe von Fällen von „Nickelkrätze" zu beobachten. Diese wird als die Folge einer Sensibilisierung der Haut betrachtet, kommt nur an den von der Kleidung nicht bedeckten Hautstellen vor und kann sich bis zu schweren Ekzemen steigern. Die Sensibilisierung ist streng spezifisch und geht mit einer Umstimmung im vegetativen Nervensystem einher, wie an der inversen Adrenalinblutdruckkurve (siehe vorstehendes Referat von Tonietti) festzustellen ist. Damit ordnen sich die Erscheinungen der Nickelkrätze denen bei der Sensibilisierung mit Serum und anderen Eiweißkörpern gleich.

R. Hölscher-Hamburg.

Anaphylaxiestudien bei Mensch und Tier. V. Mitteilung: Aktive Anaphylaxie und retikulo-endotheliales System, von A. Schittenhelm und W. Erhardt, Med. Univ.-Kl. Kiel. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1925, Bd. 45, H. 1/2.) Bei sensibilisierten Hunden findet sich eine schnellere und gleichmäßigere Vermehrung der Monozyten im strömenden Blute, sowie ein sich gleichmäßiger steigerndes Auftreten von gespeicherten Monozyten von der 3.—4. Farbstoffinjektion an statt als bei nicht vorbehandelten Normaltieren. Nach der 6.—8. Injektion erscheinen auch — meist gespeichert — Endothelzellen im peripheren Blute. Bei sensibilisierten Kaninchen tritt meist nach der 1. Farbstoffinjektion eine Vermehrung der Monozyten auf, nach der 2.—3. Injektion bereits ein Erscheinen gespeicherter Formen. Sowohl die Zahl der Gesamtmonozyten wie die der gespeicherten steigt schnell im Verhältnis der Speicherung. Beim Normaltier gehen diese Vorgänge viel langsamer vor sich. Beim vorbehandelten Tier erscheinen ferner im Gegensatz zum Normaltier große gespeicherte Endothelzellen in ganzen Verbänden und bei Tuscheinjektion schlägt sich die Tusche feinkörniger in den Zellen nieder. Auch das retikulo-endotheliale Gewebe und die Endothelzellen der Lungen speichern intensiver. Beim sensibilisierten Meerschweinchen konnte kein so klarer Unterschied gegenüber dem Normaltier festgestellt werden. Bei einem Teil der sensibilisierten Kaninchen und Meerschweinchen verhindert die Vitalspeicherung die Auslösung des anaphylaktischen Choks durch die Reinjektion. Gleichzeitige Milzexstirpation steigert bei Kaninchen diesen Effekt. Bei Hunden gelang es noch nicht, dieselbe Wirkung zu beobachten. Beim Meerschweinchen scheint nur die intraperitoneale, nicht die intravenöse Speicherung in diesem Sinne wirksam zu sein.

R. Hölscher-Hamburg.

Physical Allergy. Preliminary Report (Über physikalische Allergie, vorläufiger Bericht), von W. W. Duke-Kansas City. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 10, S. 736.) In einer großen Anzahl Fälle von Bronchialasthma, vatomotorischer Rhinitis und Konjunktivitis, Photophobia, Erythema, Pruritus, Urtikaria, angioneurotischem Ödem, Ekzem und Chok kann als einzige Ursache ein physikalisches Agens, wie Licht, Hitze, Kälte, mechanische Reizung, Erfrierung und Verbrennung, in Betracht kommen. Gewöhnlich

Digitized by Google

entstehen die Symptome nur durch eines dieser Reizmittel, obwohl gelegentlich auch zwei und noch mehr mitspielen können. Pat., welche gegen Substanzen, wie Pollenkörner, animalische Nahrung u. ä. m., empfindlich sind, reagieren selten in spezifischer Weise auf physikalische Stoffe und umgekehrt. Hitze und in etwas geringerem Maße Kälte sind die häufigsten Ursachen der Reaktion. Für diese Art von Krankheit wird der Name physikalische Allergie (durch physikalische Agentien verursachte Allergie) gewählt; es ist jedoch nicht anzunehmen, daß dieselbe identisch ist mit der durch materielle Substanzen, wie Pollenkörner und tierische Haare, verursachten Allergie, wiewohl an eine nahe Verwandtschaft zu glauben ist. Vier wichtige Arten von Reaktionen wurden beobachtet: 1. lokale oder Kontaktreaktionen, beschränkt auf die dem physikalischen Agens direkt ausgesetzte Stelle; 2. Chokreaktionen, wenn weit ausgedehnte Hautstellen der Einwirkung ausgesetzt waren; 3. reflexähnliche Reaktionen, welche sowohl die direkt betroffenen wie weiter entfernte Stellen treffen können und 4. ganz vereinzelte (Solitär-) Reaktionen. Verschiedene Theorien sind für diesen Zustand der Allergie aufgestellt worden: nach der einen könnten Pat. mit allergischen Neigungen für einen neuen Körper, der sich nur unter dem Einfluß eines physikalischen Agens gebildet hat, spezifisch empfindlich werden; nach einer anderen könnte unter gewissen abnormen Bedingungen durch den Einfluß des physikalischen Agens ein Proteinmolekül eingebrochen werden, dadurch ein histaminähnlicher Körper frei und damit die Reaktion hervorgerufen werden. Selten sind Pat. für mehr als ein physikalisches Agens empfindlich mit Ausnahme von Urticaria dermographica — in jedem der fünf vom Verf. beobachteten Fälle waren dieselben durch Chloräthylspray neben je einer anderen Ursache veranlaßt.

M. Stern-München.

Inoculation cutanée et défense de l'organisme (Die kutane Impfung und die Abwehrvorrichtungen des Organismus), von Ch. Gernez. (Presse méd., 1925, Nr. 33. S. 546.) Die Arbeit berücksichtigt hauptsächlich die intradermale Reaktion in bezug auf verschiedene Infektionskrankheiten, Tuberkulose, Syphilis, Lepra usw., mit Hinsicht auf Diagnose, Prognose und Prophylaxe, wobei namentlich auf die kutanen Reaktionen der anaphylaktischen Hypersensibilität eingegangen wird, und die Intradermoreaktion gegenüber den Sera und ihre Anwendung zur Diagnose der Schwangerschaft, des Karzinoms und des Echinokokkus zur Sprache kommen. Es wird betont, daß man zwischen Reaktionen der Hypersensibilität und solchen der Immunität unterscheiden muß — die einen sind die eigentlichen allergischen Reaktionen und deuten auf eine vorhergegangene oder in der Entwicklung begriffene Injektion, die anderen sind die durch Toxine bewirkten Reaktionen der Immunität. Diese Grundgedanken sind an der Hand einer umfangreichen Literatur ausführlich dargelegt.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Gelungener Übertragungsversuch einer experimentell hervorgerufenen Senfölüberempfindlichkeit, von E. Lehner und E. Rajka, Abt. f. Hautkrkh. d. Polikl. Budapest. (D. m. W., 1925, Nr. 20, S. 825.) Einer 18jähr., an Psoriasis leidenden Pat. wurde an mehreren Tagen an ein und derselben Stelle je einmal Senföl eingerieben. Nach der ersten Einreibung entstand eine Hyperämie, die etwa 10—15 Minuten anhielt. Am anderen Tage war an dieser Stelle nichts mehr zu bemerken. Nach der elften Einreibung stellte sich regelmäßig nach 24 Stunden entzündliche Hyperämie ein (Spätreaktion). Dies war auch jetzt der Fall, wenn das Senföl an anderen Körperstellen eingerieben wurde. Es war somit eine allgemeine Sensibilisierung der Haut gegenüber Senföl zustande gekommen. Den Verff. ist es gelungen, diese Senfölüberempfindlichkeit passiv auf Meerschweinchen zu übertragen. Die betreffenden Tiere wurden durch Einatmen und Einreibungen mit Senföl vorbehandelt und erhielten 24 Stunden später 2 ccm Serum der obengenannten Pat. Das eine Meerschweinchen reagierte nach einer Viertelstunde mit tonischen Krämpfen in den Extremitäten, Zittern am ganzen Körper, Dyspnoe und verendete. Das andere Tier zeigte die gleichen Erscheinungen in leichterem Grade und erholte sich später. Wurde erst Patientenserum verabreicht und hinterher mit Senföl behandelt, so ließen sich die Chokerscheinungen nicht auslösen. Die Versuche sind ein weiterer Beweis für die von den Verff. in früheren Arbeiten (Arch. f. Derm., 1924, Nr. 146 und W. m. W., 1924, Nr. 44) vertretene Ansicht, daß Idiosynkrasie und Anaphylaxie auf ein und denselben biologischen und pathologischen Prozeß zurückzuführen sind.

F. Harry-Wiesbaden.

Überempfindlichkeit bei Geschwistern, von R. Kochmann, Stadtkrkh. im Küchwald Chemnitz. (D. m. W., 1925, Nr. 20, S. 826.) Bei einem 4jähr. Knaben, der wegen Diphtherie 4500 Einheiten Pferdeserum intravenös und ebensoviel intraglutäal erhalten hatte, breitete sich 10 Minuten nach der Injektion ein hellrotes, urtikarielles Exanthem

Digitized by Google

über die Haut aus, das zu großen Flächen konfluierte und im Verlauf von 8 Stunden wieder verschwand. 2 Tage nach Einlieferung des Knaben wurde dessen 6jähr. Schwester wegen Diphtherie ins Krankenhaus gebracht. Sie erhielt 9000 Einheiten intramuskulär und reagierte 8 Tage später mit einem urtikariellen Exanthem über den ganzen Körper, das schon nach einigen Stunden verschwand. Nur das Gesicht und die Augenlider blieben geschwollen. 3 Tage darauf waren alle Erscheinungen abgeklungen.

F. Harry-Wiesbaden.

Die biologischen Reaktionen nach unspezifischen Seruminjektionen im frühesten Säuglingsalter, von B. Epstein und F. Heller, D. Univ.-Kinderkl. in der Böhmischen Landesfindelanst. in Prag. (M. Kl., 1925, Nr. 24, S. 884—885.) Bei Säuglingen in den ersten 3 Monaten treten Überempfindlichkeitserscheinungen nach unspezifischen Seruminjektionen nur etwas weniger häufig auf als im übrigen Säuglingsalter und bei älteren Kindern. Bei Außerachtlassen von Vorsichtsmaßnahmen können schwerste chokartige anaphylaktische Erscheinungen auftreten, die bei täglichen Reinjektionen kleiner Mengen wegen der auf diese Weise ausgenutzten Antianaphylaxie ausbleiben. Die Intensität der Serumreaktion ist von der der älteren Kinder nicht verschieden. Frühgeborene Säuglinge zeigen dieselben Überempfindlichkeitserscheinungen wie ausgetragene Kinder.

E. Levin-Berlin.

Die Störungen der Hautfunktionen und ihre Bedeutung für die Hautkrankheiten und den Gesamtorganismus, von Nikolski. (Klinitscheskaja Medicina, 1925, Bd. 3, Nr. 3/4.) In dieser Arbeit macht Verf. von neuem auf die Bedeutung der physiologischen Funktionen der Haut an der Hand von Beispielen aufmerksam.

A. Jordan-Moskau.

Allgemeine Pathologie und Diagnostik.

Les peaux congénitalement anormales (Die kongenital abnorme Haut), von Veyrières und Guibert-Tours. (Presse méd., 1925, Nr. 28, S. 451.) Verff. besprechen die drei Formen: die zu trockene Haut (Xerodermie), die zu fettreiche, seborrhoische Haut und die hyperidrotische, wasserreiche Haut. Für die erste Form empfehlen sie Lanolin (15) mit Glyzerin (8), Vaselin (20) und Wasser (60), eventuell mit einem Zusatz von Kalium salicylicum. Zum Baden von Kindern mit xerodermischer Haut empfehlen sie an Stelle der gewöhnlich verwendeten Schwefelleber in erster Linie das Natriummonosulfid (50 g auf 200 Liter Wasser), nicht reizend und ohne schlechten Geruch, und auch das künstliche Barègeser Salz (Natrium monosulfid 60, Natriumchlorid 60 und Natrium carbonicum 30), wobei sie Soda durch 125 g Natriumsilikat ersetzen. Betreffs der hyperidrotischen Haut warnen sie vor Versuchen, die Schweißabsonderung durch Einschränkung des Trinkens bekämpfen zu wollen. Von innerlichen Mitteln kommen eigentlich nur Schwefel und Arsenik in Betracht.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Milz in ihren Beziehungen zur Eosinophilie, von J. K. Mayr und C. Moncorps, Univ.-Kl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. München. (M. m. W., 1925, Nr. 17, S. 683.) Entmilzte Meerschweinchen zeigen zuerst Sturz der eosinophilen Zellen, dann langsames Ansteigen, dem plötzlich ein starker Anstieg folgt. Bei den Tieren, welche auf der Höhe der Eosinophilie (40.—50. Tag) eingingen, fehlten die bei Entmilzten sonst fast immer vorhandenen Lymphdrüsenschwellungen. Die Tagesschwankungen sind unbedeutend. Injektionen von enteiweißtem Milzsaft riefen bei entmilzten und bei anaphylaktisch gemachten Eosinophilen eine 24—48stündige Verminderung der α-Zellen hervor. Durch tägliche Injektionen konnte die Kurve auf normale Werte herabgedrückt werden. Bei mit zu Eosinophilie führenden Hautkrankheiten wurde mit Schweinemilzsaft ebenso vorübergehende Herabdrückung der eosinophilen Werte erreicht, und zwar quantitativ wie relativ, d. h. im Vergleich zu den polymorphkernigen Leukozyten. Bei den späteren Injektionen waren die Verhältnisse nicht immer die gleichen. Auch Röntgenbestrahlungen erwiesen sich wirksam. Während des Fallens der Eosinophilie konnte Schwinden des Juckreizes beobachtet werden. Die Biopsie eines Krankheitsherdes bestätigt in einem Fall das in den Blutpräparaten Gesehene. Die Milz steht also irgendwie regulierend mit dem Auftreten der eosinophilen Blutzellen im Zusammenhang.

A. v. Notthafft-München.

Experimentelle Untersuchungen über die Durchlässigkeit der Kapillarwände bei der Entzündung, von L. Török, E. Lehner und D. Kenedy, Abt. f. Hautkrkh. Polikl. Budapest. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1925, Bd. 45, H. 5/6, S. 702.) Durch künstliche

Digitized by Google

Durchleitung von Serum in die Blutbahn irritierten Gewebes nach besonderer Methode ließ sich durch refraktometrische Messungen ein beinahe ungehinderter Durchtritt der Eiweißstoffe des Blutserums durch die Kapillarwand feststellen. Die Versuche ergaben also eine Bestätigung der Cohnheimschen Entzündungstheorie, wonach die entzündeten Kapillaren in der Weise verändert sind, daß ihre Permeabilität in hohem Grade gesteigert ist. Aus dem beinahe ungehinderten Durchtritt der Eiweißsubstanzen des Serums durch Kapillarwand und Wand der postkapillaren Venen läßt sich mit höchster Wahrscheinlichkeit folgern, daß hier nicht bloß eine Verdünnung der interendothelialen Kittsubstanz als Ursache der Durchlässigkeitssteigerung vorliegt, sondern daß eine kolloidchemische Veränderung, eine Quellung des ganzen Endothelbelages stattgefunden hat.

P. Peiser-Berlin.

Weiterer Beitrag zur Pathogenese der Hyperämie bei der Entzündung, von E. Rajka. (Kl. W., 1925, Nr. 21, S. 1024.) An der Stelle einer entzündungserregenden Einwirkung entstehen nebeneinander zwei voneinander unabhängige Reaktionen: die entzündliche Hyperämie und der hyperämische Entzündungshof, deren Auslösung auf verschiedenem Wege und an verschiedenen Erfolgsorganen geschieht. Die Hyperämie entsteht infolge einer auch kapillarmikroskopisch nachweisbaren Gefäßlähmung, während der hyperämische Entzündungshof durch eine Reizung der Dilatatoren, und zwar vorzüglich der kleinen Arteriolen erfolgt. Als Beweis kann auch das verschiedenartige Verhalten bei Kreislaufunterbrechung, z. B. durch Abschnürung des Armes, angesehen werden. An der Stelle der entzündlichen Hyperämie tritt am abgeschnürten Arm eine starke Zyanose ein, da in die gelähmten Kapillaren aus den gestauten Venen das Blut zurückfließt und die Kapillaren prall füllt. Der hyperämische Entzündungshof bleibt aus und wird durch keine Zyanose ersetzt, da in die dilatatorisch gereizten Arteriolen das Venenblut nicht zurückströmen kann. Bei leichtem Lösen der Stauung erfolgt umgehend durch das Einströmen des arteriellen Blutes die Bildung des hyperämischen Entzündungshofes, während die entzündliche Hyperämie nicht sofort eintritt, da bei nicht vollständigem Lösen der Stauung und somit nicht genügendem arteriellem Druck dieser nicht genügt, den in den Kapillaren und Venen herrschenden Druck zu überwinden, so daß bis zum Einsetzen eines stärkeren arteriellen Druckes die Zyanose an Stelle der entzündlichen Hyperämie anhält.

E. Langer-Berlin.

Über den Einfluß der Sympathikusdurchschneidung auf örtliche Infektionen, von F. Liek-Danzig. (Arch. f. kl. Chir., 1925, Bd. 153, H. 1/2, S. 393.) Verf. hatte schon 1902 eine künstliche Hyperämie durch Sympathikusdurchtrennung am Halse empfohlen, und zwar nicht wie Leriche und Brünning zur Heilung von Geschwüren und mechanischen Insulten, sondern zur Erhöhung der Lebenskraft und zur Abwehr der Bakterien. Verf. bewirkt eine arterielle Hyperämie, im Gegensatz zu Bier, der eine venöse Hyperämie zur Heilung hervorruft. Verf. hat nun nach Sympathikusresektion 5 Versuchstieren und 5 Kontrolltieren unter die Haut des Ohres Bakterienkulturen eingespritzt. Da mit Pyozyaneus kein deutlicher Unterschied zwischen Versuchstier und Kontrolltier zu beobachten war, wurde virulenter Milzbrand eingespritzt. Da die Tiere sehr verschieden empfindlich sind, so sind die Resultate nicht eindeutig. Nur ganz große Versuchsreihen können da völlige Klarheit schaffen. Am Kaninchenohr ist überdies die hyperämisierende Wirkung der Sympathikusdurchtrennung, sowohl was die Stärke, wie auch was die Zeit anbelangt, sehr verschieden. Es ist daher auch sehr schwierig, den richtigen Zeitpunkt für die Infektion zu wählen. Obgleich das Gewebe durchblutet und gerötet, wie auch wärmer ist, so fehlt doch der Schmerz; wir haben es also mit einer Hyperämie und nicht mit einer Entzündung zu tun. Allerdings muß man bei der Übertragung dieser Beobachtungen vom Tier auf den Menschen vorsichtig und nicht zu optimistisch sein; trotzdem glaubt Verf. an seinen Versuchen festgestellt zu haben, daß die arterielle Hyperämie geeignet ist, bei schweren Infektionen eine Allgemeininfektion zu verhüten, indem die örtliche Abwehr gestärkt wird und es so zur Abszedierung kommt.

A. Rosenburg-Mannheim.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 46 (Bd. 81) 14. November 1925

DEM
INSTITUT FÜR SCHIFFS- UND
TROPENKRANKHEITEN IN HAMBURG
ZUM
25JÄHRIGEN BESTEHEN
GEWIDMET

Über ein eigenartiges (tuberkulöses) Granuloma subinguinale.

Von

Prof. Dr. Rille in Leipzig.

Mit 1 farbigen Abbildung im Text.

S., 20jähr. Tagelöhnerin, am 12. VI. 1902 mit gruppierter Roseola syphilitica und undeutlichem Leukoderma in die Innsbrucker Dermatologische Klinik aufgenommen; grazil gebaut, wenig gut genährt, etwas anämisch, mit Seborrhoe und Akne behaftet, gravid im 6. Monat.

An der inneren Schenkelfläche rechts handbreit unter dem Poupartschen Bande eine schmerzlose, quer verlaufende und leistenartig vorspringende, etwa 10 cm lange, 3—4 cm breite und bis 2 cm hohe Wucherung von drusig-papillärem Aufbau, zerklüftet, vielfach des Epithels beraubt, nässend und übelriechendes Sekret absondernd, von gelbrötlicher Farbe, teilweise auch zart bläulichweiß überhäutet, von mäßig derber Konsistenz; stellenweise erheben sich diese grobkörnigen Wucherungen mit pilzhutförmig abgehobenem steilem Rand von ihrer Basis. Diese letztere erscheint in Form eines nur wenig breiten Saumes von bläulichroter bis schmutzigbrauner Farbe zartnarbig, mitunter radiär strahlig, namentlich im Bereich der medialen Hälfte. In der Umgebung dieser Wucherung zahlreiche rostfarbige bis kreuzergroße Flecke von Roseola syphilitica.

Die in Rede stehende Wucherung besteht seit etwa dem 3. Lebensjahr und soll sich seither kaum verändert haben.

Am 23. VII. Exzision.

Obwohl mir das hier beschriebene Krankheitsbild völlig neu war und die histologische Untersuchung damals nicht gleich gemacht worden ist, habe ich eine seltene Form von Hauttuberkulose angenommen und den Fall unter dieser Bezeichnung in der Innsbrucker Ärztegesellschaft demonstriert[1]). Einige Zeit später wurde mir jedoch die durch Besnier

[1]) Rille, W. kl. W., 1902, Nr. 42, S. 1127.

Digitized by Google

und Hallopeau [1]) in der Société franç. de Derm. et de Syph. erfolgte Mitteilung einer „néoplasie ulcéreuse de la région inguinale" bekannt, und es erhob sich nun für mich die Frage, ob mein Fall nicht damit identisch sei und demnach einer ganz neuen Krankheit angehöre; hatten ja die beiden Autoren ihre Beobachtung als „espèce morbide nouvelle" bezeichnet, nachdem sie Syphilis, phagedänischen Schanker und Tuberkulose differentialdiagnostisch ausgeschlossen hatten.

In ihrem Falle bestand bei einer 40jähr. Kranken in der mittleren Partie der rechten Leiste eine unregelmäßig ovaläre, 12 cm lange und $4\frac{1}{2}$ cm breite, zum Teil ulzerierte und gerötete, zum Teil weißlich überhäutete Geschwulst mit bald gradlinig, bald serpiginös verlaufendem Rand von weicher, bloß da und dort etwas festerer Konsistenz. Auf Umschläge mit hypermangansaurem Kali und Bor-Salizylwasser erfolgte teilweise Rückbildung.

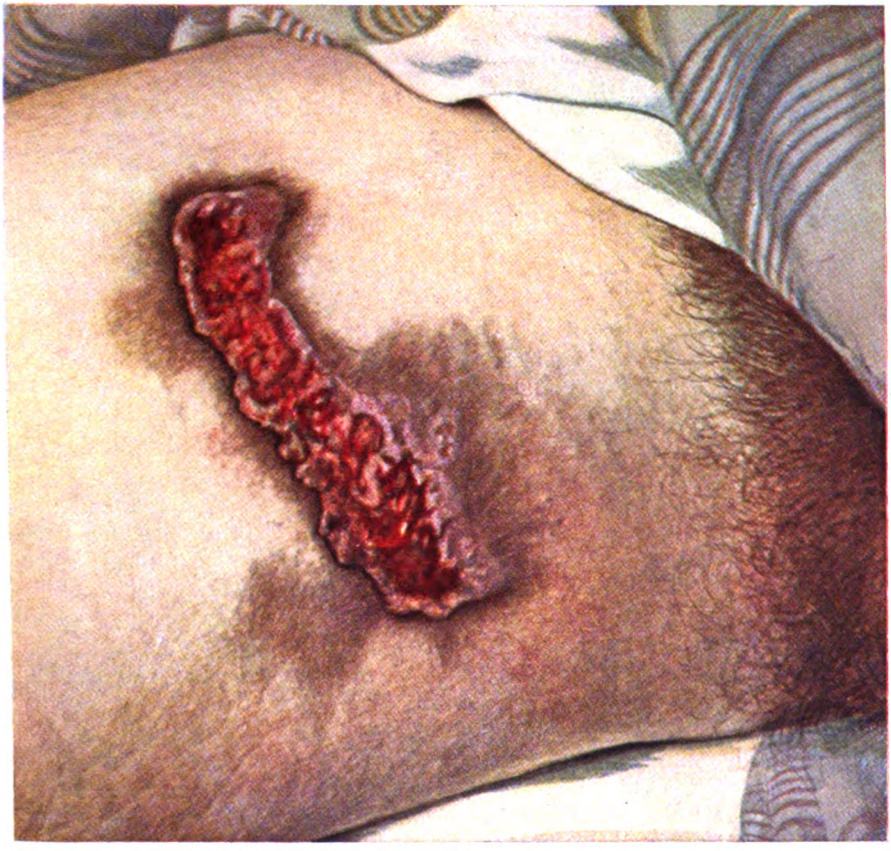
Wenngleich diese (hier stark gekürzt wiedergegebene) Beschreibung vielfach dem von mir beobachteten Falle entspricht, so bestehen jedoch auch weitgehende Unterschiede. Dort Beginn erst im 35. Lebensjahr, die Lokalisation ist nicht das Schenkeldreieck, sondern die Inguinalbeuge selbst, und endlich bestanden zeitweilig nicht unbedeutende Schmerzen. Dazu kommt, daß die von Darier vorgenommene mikroskopische Untersuchung eine eigentümliche Dyskeratose (mit Corps ronds) ergab, jedoch weder vom Typus Paget noch von dem der damals sog. Psorospermose folliculaire végétante.

Auch an das zuerst von Conyers und Daniels [2]) beschriebene und seither von Galloway [3]) u. a. genauer studierte tropische Granuloma inguinale mußte ernsthaft gedacht werden, doch bestand bei der aus Vilpian bei Meran stammenden Kranken natürlich keinerlei medizingeographischer Anhaltspunkt. Ich erwähne dies deshalb, weil Radcliffe-Crocker [4]) hervorhebt, daß eine dem letzteren Krankheitsbilde recht analoge Affektion auch in England vorkomme. Er zitiert den Fall eines 18jähr. nichttuberkulösen Kranken, bei welchem eine vor 9 Jahren begonnene und seit 4 Jahren stationär gebliebene $5\frac{1}{4}$ Zoll lange und $\frac{3}{4}$ Zoll breite lineäre, gerötete, teils ulzerierte, teils papillär gewucherte entzündliche Neubildung in der Leistengegend [5]) bestand. Crockers photographische Abbildung hat weitgehendste Ähnlichkeit mit meinem Falle.

Die erst vor kurzem vorgenommene mikroskopische Untersuchung meines Falles hat nun aber Tuberkulose ergeben: die ausgesprochensten Langhansschen Riesenzellen innerhalb gefäßloser Granulationszellenherde, die zum käsigen Untergang neigen, sofern sie nicht in die eitrige Infiltration der geschwürigen Nachbarschaft mit deren papillärer Um-

[1]) Besnier et Hallopeau, Ann. de Derm. et de Syph., 1902, 4. Serie, Teil III, S. 223—226; Hallopeau et Ruban-Duval, Deuxième note sur une nouvelle forme de néoplasie ulcéreuse de la région inguinale. Ebenda, S. 717—718. — [2]) Conyers and Daniels, The Lupoid Form of the So-Called „Groin Ulceration of British-Guiana". Brit. Gui. Med. Ann., 1896 (Georgetown, Damarara: Baldwin & Co). — [3]) Galloway, Ulcerating Granuloma of the Pudenda. Brit. J. of Derm., 1897, Bd. 9, S. 133. — [4]) Radcliffe-Crocker, Diseases of the Skin. 3. Aufl., Bd. 2, S. 1011 und Fig. 62, London 1903. — [5]) Die Wucherung befindet sich übrigens in Crockers Falle, wie die Abbildung zeigt, nicht in der Leiste (groin), sondern genau wie in meinem Falle subinguinal.

Digitized by Google



wallung einbezogen sind; Tuberkelzellen konnten allerdings nicht nachgewiesen werden.

Es ist also zweifellos, daß wir es in unserem Falle mit einer eigenartigen, wohl noch nicht beschriebenen Form von Hauttuberkulose zu tun haben, bei welcher die Lokalisation in der Nähe der Leistengegend von ganz besonderem Interesse ist. Bekannt ist ja einerseits, daß Lupus und die tumorbildenden Formen der Hauttuberkulose am weiblichen Genitale und seiner nächsten Umgebung, wie dies schon von Hebra ausgesprochen wurde, kaum vorkommen, sowie andererseits, daß die Fovea ovalis am Oberschenkel einen Lieblingssitz des kolliquativ-ulzerösen Skrofuloderma abgibt.

Besser als durch weitläufige Beschreibung dürfte das charakteristische klinische Bild dieser von mir geschilderten Tuberkuloseform aus der beigegebenen kolorierten Photographie zu entnehmen sein.

Digitized by Google

Die Stiche der Gliederfüßler und ihre Wirkung auf die Haut[1]).

Von

Prof. MARTINI in Hamburg.

Das Thema muß insofern eine Einschränkung erfahren, als nur von den Insektenstichen gesprochen werden soll, welche mit den Mundwerkzeugen vorgenommen werden. Abzusehen ist also von Bienen, Ameisen, Skorpionen usw., die mit dem Hinterleibsende stechen und deren Stichwirkungen den Hautarzt weniger interessieren; andererseits gehören die interessanten Reizwirkungen mancher Drüsen und Haare oder des Blutes von Insekten auf die Haut nicht zu den Stichen und werden deswegen nicht besprochen.

Diese Stiche mit den Mundwerkzeugen dienen in der Regel der Nahrungsaufnahme; sie müssen also vom Gliederfüßler im normalen Gang seines Lebens immer wiederholt ausgeführt werden, und es müssen dabei in der Regel die Mundwerkzeuge bis in die Blutgefäße der gestochenen Tiere, also durch die ganze Epidermis hindurchgetrieben werden, damit das Blut, das als Nahrung aufgenommen werden soll, erreicht wird.

Der Bau der Mundwerkzeuge folgt bei den stechenden Insekten und Spinnentieren ganz verschiedenen Grundplänen. Doch sind in den meisten Fällen ein Paar äußere Stechborsten mit starken Widerhaken versehen, mit denen sie sich in der Haut verankern und die dem Tiere beim Vortreiben des Rüssels einen Widerhalt gewähren. Nur bei den Läusen, welche an den Füßen kräftige Halteorgane haben, fehlt eine solche Vorrichtung. Trotz derselben sind die mechanischen Wirkungen der Stiche im allgemeinen sehr gering, nur bei den dickeren Rüsseln der Bremsen und einiger anderer blutet die Wunde nach und dürfte einer sekundären Infektion leicht ausgesetzt sein, ebenso die verhältnismäßig großen Stichlöcher der Zecken. In den anderen Fällen bringt erst das Kratzen an den Stichen diese Gefahren mit sich. Bei den Sandflöhen und ihrer kunstgerechten Beseitigung wird etwas länger an der Hand von Diapositiven verweilt.

Die Wirkungen der Gliederfüßler durch Blutentziehung können manchmal nicht unbedeutend sein. Wenn aber Kränkeln und Abnahme des Milchertrages beim Vieh als Folgen der Insektenstiche festgestellt sind (Stechmücken, Wadenstecher, Zecken usw.), so ist doch niemals sicher zu sagen, inwieweit solche Schädigungen nur auf dem Blutverlust oder auch auf der Wirkung der Gifte beruhen.

Bezüglich der Anatomie der in Frage kommenden Blutsauger, vor allem ihrer Därme, Exkretionsorgane und Speicheldrüsen, ist zu sagen, daß bei den verschiedenen Gliederfüßlern, z. B. Anophelen, Zecken, Zellen

[1]) Nach einem in der Dermatolog. Gesellsch. von Hamburg-Altona am 14. XII. 1924 gehaltenen Vortrag.

Digitized by Google

ganz verschiedener histologischer Beschaffenheit, also wohl auch von verschiedener Leistung, vorhanden sind.

Die Wirkungen der saugenden Gliederfüßler sind meist nur lokaler Art. Ihre biologische Bedeutung kann man darin suchen, daß sie die Blutzufuhr zur Stichstelle begünstigen. Man hat auch gesagt, ein Antikoagulin sei erforderlich, damit die feinen Kanülen, welche die Stechwerkzeuge doch darstellen, nicht infolge Blutgerinnung verlegt würden. Leider gibt die Erfahrung diesem Postulat nicht ganz recht. Könnte in dieser Hinsicht nicht auch ein Chitinröhrchen ähnlich einem eingefetteten Glasröhrchen wirken? Die Wirkungen sind selten allgemeiner, so bei den Stichen mancher Zecken, denen aufsteigende Lähmungen folgen können mit eventuell tödlichem Ausgang bei Tieren und Kindern, außerdem sind schwere Allgemeinwirkungen, vor allem bei den Kribbelmücken, beobachtet.

Bei den Wirkungen der Läusestiche ist das erhebliche suggestive Moment zu betonen, das vielfach im Spiel ist, und die sehr verschiedene Empfindlichkeit der einzelnen Personen, auch wissenschaftlicher Autoren.

Die Taches bleues bei Filzlausbefall, welche nach Osler stets, nach den meisten anderen Autoren nur meist vorhanden sind, konnte Duguet (1880, 81, 82) erzeugen, indem er eine mit Filzlausbrei verunreinigte Lanzette unter die Haut einstieß. Sie erschienen nach etwa 12 Stunden. Von den einzelnen Teilen ergab der Kopf die Reaktion nur, wenn ihm die Speicheldrüsen anhingen, sonst tat es die Vorderbrust, in der sie liegen. Leute, die Filzläuse, aber ohne Taches bleues, gehabt hatten, reagierten auch auf diesen Versuch negativ (natürliche Immunität). Oppenheim ist der Meinung, daß der Speichel der Läuse eine Oxydase enthält, welche einen Farbstoff nach Analogie des Biliverdin bilden kann. Derselbe komme auch im Fettkörper der Laus (bei etwa 80% der Tiere) vor und werde ebenso im menschlichen Körper gebildet. O. meint wohl nicht, der Farbstoff selbst werde mit dem Speichel eingespritzt. Das würde, wie Nuttal sagt, bei dem am Fettkörper haftenden Farbstoff schwer verständlich sein. Nuttal sieht denselben bei der Geschlechtsreife der Läuse auftreten und glaubt nicht, daß er etwas mit dem Blutfarbstoff zu tun habe. Er findet, daß nur der Stich der erwachsenen Läuse im Versuch (nach 12—25 Stunden) die blauen Flecke erzeugt, dieselben entstehen auch an Stellen, wo die Läuse sich nicht länger aufzuhalten pflegen. Andere Autoren sehen als Ursache der Flecken doch durch den Läusespeichel verändertes Hämoglobin an. Ciuffu bezweifelt dies, da sonst dieselben Farbfolgen zu erwarten wären wie bei anderen Hämorrhagien. Es ist aber von Beginn ihres Erscheinens konstant die typische Farbe. Ein Hämolysin fand er im Speichel nicht. Grusz machte dagegen getrennt Emulsionen des vorderen und hinteren Körperteils der Läuse und konnte in ersteren ein Antikoagulin und ein Hämolysin nachweisen, in letzteren einen entgegengesetzt wirkenden Stoff (Phthirolysin bzw. Phthiriasin), daher sei die Wirkung des Speichels im Verdauungskanal nur eine vorübergehende. Pawlowsky fand auf Schnitten durch Filzlausstiche kein extravasiertes Blut. Tièche sah eine violette Verfärbung von Hb in Berührung mit Filzlausbrei, fand aber, daß reichliche Luftzufuhr diese Farbe wieder beseitigte, und daß auch Fliegen- oder

Digitized by Google

Kaninchenmuskel bei Luftabschluß das gleiche bewirken. PAWLOWSKY und STEIN injizierten verschiedene Filzlausorgane, erhielten aber Makulae nur mit den bohnenförmigen Speicheldrüsen. Auf Blutagar bei 30—40° bewirkte Emulsion dieser Drüse bei mäßiger Sauerstoffzufuhr eine violette Verfärbung des Blutfarbstoffes. Daher glauben die Autoren, daß die Taches der Wirkung eines Speichelenzymes der bohnenförmigen Drüse auf das Hb entsprechen. Sie konnten mit dem Brei dieser Drüse auch die Lähmung der Arrektoren und damit die Verhinderung der Gänsehautbildung erreichen.

Man hat daran gedacht (DELBANCO), daß die Taches eine rein optische Erscheinung sein könnten. Daß trübe Medien gelegentlich auf dunklerem Untergrund blauen Ton hervorrufen, ist ja bekannt. Daß diese trüben Medien (Epidermis und vielleicht auch obere Koriumschichten) im Bereich der Makulae anders beschaffen sein mögen als bei der umgebenden Haut, lehrt die Vertiefung (infolge Lähmung der Arrektores?) derselben; aber die Tatsache, daß sie auf Druck nicht verschwinden, also offenbar in der Durchblutung der Haut, die doch den dunklen Untergrund erzeugen würde, nicht ihre Ursache haben, und daß sie auch auf dem frischen Schnitt bemerklich sein sollen, spricht dagegen. Aber damit findet sich die Frage der blauen Flecke in einer Sackgasse, denn wenn kein Blutaustritt aus den Gefäßen stattfindet, also kein Blutfarbstoff an der Stichstelle aus der Zirkulation ausgeschaltet und festgelegt ist (PAWLOWSKY), kann auch kein durch den Speichel veränderter Farbstoff die Ursache der Erscheinung sein. Übrigens ist der Farbstoff im fixierten mikroskopischen Schnitt auch noch nicht nachgewiesen. Man wird also zu der Frage gedrängt, ob an den ursprünglich ungefärbten Substanzen der Haut eine Violettfärbung durch ein Enzym denkbar wäre.

Melanodermie nach Filzlausbefall hat mit den blauen Flecken nichts zu tun, ist vielmehr eine Folge des Kratzens, das andererseits zum Verschwinden der blauen Flecke führt.

Kleider- und Kopfläuse. HASE unterscheidet 1. Leute, welche von den Läusen gar nicht gestochen werden, 2. solche, welche auf Stiche nicht reagieren, 3. solche, die zunächst unter Stichwirkungen sehr zu leiden haben, aber bald immun werden, 4. solche, bei denen Immunität anscheinend nicht eintritt. Diese Immunität bezieht sich wohl in erster Linie auf die subjektiven Beschwerden. Die dritte Gruppe ist die größte. Während des Stiches entsteht manchmal eine kleine Quaddel, nachher ist nur ein winziges rotes Pünktchen übrig. Der Stich wird empfunden oder nicht. Dieselben Körpergegenden sind bei verschiedenen Menschen verschieden empfindlich. Der Stich derselben Laus verursacht an verschiedenen Stellen verschieden starke subjektive und objektive Folgen. Das rote Pünktchen geht oft nach einer halben Stunde schon wieder fort. Nach SIKORA empfindet man überhaupt nur etwa einen von zehn Läusestichen. Auch ich habe die Mehrzahl der Läusestiche, die vor meinen Augen geschahen, trotz Aufmerksamkeit beim Einstich nicht empfunden. Nähe der Nervenendigungen wohl von Einfluß. Meist nach sechs oder mehr Stunden setzte das Jucken wieder ein (SIKORA, NUTTAL, Ref.), und es können wieder Rötung und gegebenenfalls Schwellung hervortreten. Ein einzelner Läusestich macht häufig überhaupt keine subjektiven Beschwerden.

Digitized by Google

An verlausten Stellen tritt oft bräunliche Pigmentierung der Haut auf, die selbst auf die Schleimhäute übergreifen kann. Man hat diese vielfach als Wirkung des Kratzens angesehen; sie kann Ausdehnungen erreichen, daß Verwechslung mit Addisonscher Krankheit vorgekommen ist. Nuttal und sein Assistent, welche sich des Kratzens enthielten, beobachteten trotzdem starke und dauerhafte Pigmentierung, die erst Wochen nach Beseitigung der Ursachen verschwand. Pawlowsky hat in Versuchen mit verschiedenen Körperteilen der Laus gefunden, daß nur auf Injektion von Emulsionen der bohnenförmigen Speicheldrüsen eine Reaktion auftrat mit Quaddelbildung, Rötung und starkem Juckreiz, der nur einige Zeit anhielt und nach sechs oder mehr Stunden wiederkehrte. Histologische Untersuchung der Injektionsstelle zeigte Zerstörung der Epidermis bis auf die obersten Hornschichten, kleinzellige Infiltration und Blutextravasate sowie eine Vermehrung des Bindegewebes. Der Autor findet, daß die Hämorrhagie die Pigmentierung erkläre, ebenso die bindegewebige Wucherung das Derbwerden der Haut bei starkem Läusebefall, die Zerstörung der Mehrzahl der Epidermisschichten bis auf einen dünnen Abschluß durch eine Hornschicht erläutere die Leichtigkeit, mit der beim Kratzen nässende Stellen erzeugt werden können. Daß nicht der Einstich als Trauma, sondern das Sekret der bohnenförmigen Drüse die Veränderungen macht, schließt der Autor, weil sie in dieser Weise bei den gleichen Versuchen mit Phthirus pubis nicht gefunden wurden.

Auch der Läusekot enthält Reizstoffe, deren Wirkung auf Kratzwunden usw. die sonstigen Schädigungen der Haut bei Verlausung unterstützen wird. Der vielerwähnte Weichselzopf wird nicht besprochen, ebensowenig das Verhältnis von asthmatischen und phlyktänulären Krankheitserscheinungen zur Verlausung, wegen Kürze der Zeit.

Die Schmerzhaftigkeit der Wanzenstiche ist offenbar recht verschieden. Nach Hase kann der Schmerz entweder sofort beim Stich eintreten, oder er setzt später ein, während das Tier noch saugt, oder er beginnt erst, wenn die Wanze schon fort ist. Letzteres hat Ref. am meisten beobachtet. Es bildet sich um die Einstichstelle eine Quaddel, und es entsteht ein bis zum Brennen gesteigerter, oft geradezu als Schmerz empfundener Juckreiz, der bei Ref. allerdings verhältnismäßig bald abklingt, während die Quaddeln sich lange erhalten. Da die Wanzen, wenn sie kein Blut finden, gern wiederholt einstechen, so fließen meist mehrere Quaddeln zusammen, und es entstehen unregelmäßige Bildungen.

Miyake hat Extrakte von Wanzen untersucht in physiologischer Kochsalzlösung oder in physiologischer Kochsalzlösung mit Alkohol und Kochsalzlösung mit Äther; er hat hämolytische Wirkung vermißt, dagegen Quaddelbildung erhalten. Letztere Fähigkeit verblieb auch nach Erwärmung 30 Min. auf 75°.

Klausners Untersuchungen ergaben, daß der wirksame Bestandteil in Wasser und Alkohol löslich ist, eine intensive urtikariogene und hämolytische Wirkung hat. Eine Immunität komme nicht vor, kein Antikoagulin. Da der Autor Auszüge aus der ganzen Wanze gemacht hat, ist wohl denkbar, daß er ein vorhandenes Antikoagulin nicht finden konnte (vgl. die Verhältnisse bei der Filzlaus).

Digitized by Google

Von der Meinung ausgehend, daß Symbionten der Wanzen für die Blutnahrung wichtig und vielleicht Stoffe aus ihnen das Spezifische des Wanzensticheſ wären, brachte Buchner Stücke der Wanzenmyzetome in Stichkanälchen der Haut und erhielt mit ihnen eine Quaddelbildung. Leider ergab aber nicht nur Myzetom und Speicheldrüse, sondern auch der Fettkörper diese Wirkung, ja sogar der des Mehlkäfers. Es handelt sich also offenbar um einen jener Reizstoffe, die in Insektenkörpern so weit verbreitet sind und die volksmedizinische Verwendung der Insekten veranlaßt haben. Man denke in diesem Zusammenhang an Kantharidin, und man wird sich über die Widerstandsfähigkeit der Extrakte gegen Wärme nicht wundern. Es ergibt das die Lehre, daß man in Extrakten aus dem Matsch ganzer Tiere wohl einen (oder mehrere) wirksame Stoffe erkennen kann, daß man aber keine Antwort mit dieser Technik erhält auf die Frage nach dem beim Stich wirksamen Stoff.

Die Stiche der großen Conorrhinusarten sind wenig schmerzhaft; ihre Reaktion ist angeblich sehr gering.

Bei Conorrhinus rubrofasciatus haben Cornwall und Patton in der ovoiden Speicheldrüse ein starkes Antikoagulin gefunden, das in der Kardiadrüse nur schwach vertreten ist.

Auch andere Wanzen stechen gelegentlich, wenn ungeschickt angefaßt, den Menschen. Über eine Wasserwanze, Notonecta glauca, schreibt Hase, die Empfindlichkeit gegen ihre Stiche sei bei verschiedenen Versuchspersonen recht verschieden. Es treten auf: Schmerz beim Einstich, dann Brennen, unangenehmes Prickeln, Hitze und Spannungsgefühl. Bei H. selbst trat von fünf Stichen an einem Finger ein taubes Gefühl auf. Es bildet sich an der Stichstelle eine kleine Hämorrhagie, umgeben von einem hyperämischen Hof und dann eine Quaddel. Oft tritt sechs oder mehr Stunden später erneut Jucken auf.

Die Flöhe machen in der Regel nur ganz unbedeutende Stiche, welche wenig jucken. Ein rotes Pünktchen mit einem etwas heller roten Hof, das ist in der Regel alles, was man beobachtet. Bei einzelnen Personen ist die Empfindlichkeit aber so groß, daß es zur Quaddelbildung kommt. Über die Speichelenzyme der Flöhe liegen meiner Meinung nach noch keine Untersuchungen vor. Das Lästigste an den Flöhen ist ihr Krabbeln.

Genauere Untersuchungen an Stechmücken sind zuerst von Schaudinn gemacht. Er hat herauspräparierte Speicheldrüsen sich unter die Haut geimpft, um Quaddelbildung zu erzeugen, jedoch vergeblich. Dagegen gelang ihm Juckreiz- und Quaddelerzeugung mit dem Saugmagen. In letzterem wies er Hefepilze nach und zeigte, daß zu Beginn des Saugens der Inhalt der Saugmagen in die Stichwunde befördert wird. Er enthält außer den Hefepilzen von diesen gebildete Kohlensäure. Auch letztere soll nach S. die Blutgerinnung hemmen. Versuche allerdings mit Blut und Speicheldrüse in Glaskapillaren zeigten eine deutliche Hemmung der Blutgerinnung durch diese Drüse (Antikoagulin), zugleich aber gingen die roten Blutkörperchen zugrunde (Hämolysin).

Später hat dann Bruck Mückenextrakt gemacht aus den ganzen Tieren, das, ohne seine Wirkung zu verlieren, durch Filterpapier, nicht aber Filterkerzen, geschickt werden konnte. Es erzeugt Juckreiz und Quaddeln und

Digitized by Google

wirkt hämolytisch. Der Autor bezeichnet dies Extrakt als „Kulizin". Ein Tropfen davon erzeugt auf der Zunge des Frosches Gefäßerweiterung, eine seröse Exsudation und eine venöse Stase, im Grunde also ähnliche Vorgänge, wie sie am Mückenstich ablaufen; folgt doch auf die Quaddelbildung später meist eine starke Rötung. Über Schaudinn sind wir damit nicht hinausgekommen. Der Versuch mit der Froschzunge ist elegant, zeigt aber nicht mehr, als die alte Volksmedizin schon wußte, welche Mücken mit Fett auszog und dies Mückenfett als schwach ableitende Salbe verwandte.

Cornwall und Patton fanden bei An. rossi und jamesi ein starkes Agglutinin. Yorke und Macfie haben die Speicheldrüsen auspräpariert und emulgiert. Sie fanden keine Hämolyse. Sie konnten ferner bei Anopheles ein starkes Agglutinin, aber lediglich ein schwaches Antikoagulin feststellen, das im Anophelesmagen zwar die Gerinnung verhinderte, sie aber im Versuchsröhrchen nur verzögerte. Der Speichel von Stegomyia verhindert im Versuch und im Mückenmagen die Gerinnung nicht. Merkwürdigerweise wirkt aber angeblich das Agglutinin der Anophelen nicht auf Mäuse-, Meerschweinchen- und Affenblut, während es im Esel-, Kaninchen- und Hundeblut wirksam sei. Die Emulsionen der Drüsen von C. pipiens, annulatus und Stegomyia fasciata agglutinierten die Blutkörperchen nicht. Bemerkenswert ist der Fund von Sichelkeimen im Magen von Anophelen mit Drüseninfektion. Das beweist, daß ein Teil des Speichels während des Saugens zurückgezogen wird.

Was man am natürlichen Mückenstich sieht, ist etwa folgendes: Es bildet sich zuerst eine kleine, rasch wachsende Quaddel, die die Größe einer Linse oder eines Pfennigstückes erreichen kann, und um diese nach und nach ein roter Hof, während die Quaddel gleichzeitig zurückgeht. Es bleibt noch etwas Rötung, die dann auch verschwindet. Am nächsten Tage können rote, wenig erhabene Flecke auftreten, die nach und nach abblassen und oft anfallsweise jucken.

Von den sonstigen Dipterenstichen wissen wir nicht viel. Die Phlebotomenstiche geben meist geringe Reaktion; jucken jedoch heftig, wenn auch meist nur kurze Zeit. Dörr unterscheidet Menschen, 1. die von Phlebotomen nicht gestochen werden, 2. die gestochen werden, aber nicht reagieren, 3. solche, die in mäßiger Weise reagieren, 4. solche, die sehr heftig reagieren. Es kommt dann zu Papeln und Pusteln und schließlich zu kleinen Geschwüren usw.

Im ganzen reagieren Einheimische weniger als Fremde.

Über Stiche der Zeratopogoninen (Jejen), die besonders in den Tropen als winzige Quälgeister, gegen die es keinen Schutz gibt, äußerst lästig werden, ist Ref. Näheres nicht bekannt.

Die Simulien- oder Kriebelmückenstiche werden von einigen Autoren als sehr schmerzhaft bezeichnet. Ich selbst fand den Stich wenig empfindlich, die Reaktion gering, das Jucken dauerte nicht lange und war mäßig. Der Stich war kaum drei Tage lang sichtbar. Es ist selbstverständlich nicht gesagt, daß sich alle Kriebelmücken gleich verhalten. Das Gift geht nach Stokes nicht in den alkoholischen, wohl aber in den Glyzerinextrakt der Kriebelmücken; es wird durch Alkohol nicht inaktiviert und durch Trocknen nicht zerstört. Durch $^1/_4$%ige Salzsäure, nicht durch

Digitized by Google

0,5% iges $NaHCO_3$, wird es inaktiv oder zerstört. Trocken wird es durch Hitze von 100° in 2 Stunden nicht zerstört. Es ist am reichlichsten vorhanden in der Gegend der Speichelorgane, d. h. Brust und Kopf. Pankreatin in alkalischer Lösung zerstört es. Blutserum eines sensibilisierten Tieres scheint die Giftwirkung zu erhöhen. Der Stich ist schmerzlos. Versuche mit dem Simuliengift zeigten zunächst eine Papel, dann folgt vesiko-papuläres Stadium nach 24 Stunden, das einige Tage (bis 3 Wochen) andauern kann, dann verschorft die kleine Affektion. Mit der Bläschenbildung beginnt das Jucken, das merkwürdige, anfallsweise Steigerungen bemerken läßt. Die Fliegen stechen gern dicht beieinander, und so fließen ihre Stichwirkungen zusammen. Es bildet sich seröse Ausschwitzung und Schorf. Besonders befallen werden bei Tieren Euter und Ohren.

Über Leptidenstiche liegt Näheres nicht vor.

Was die Bremsen oder Tabaniden betrifft, so setzen die großen unter ihnen mit ihrem Stechrüssel schon ganz kräftige Wunden, welche nach dem Stich nachbluten. Besonders bekannt und lästig sind die blinden Fliegen. Der Stich ist manchmal deutlich empfindlich, wird jedoch manchmal auch erst bemerkt, wenn das Jucken einsetzt. Dasselbe ist zunächst (Ref.) ziemlich heftig, es bildet sich eine Quaddel, welche jedoch bald verschwindet. Daß die Stiche von Chrysops oder der großen Bremsen wesentlich heftigere Reaktionen machten oder stärker juckten, hat Ref. nicht bemerkt.

Patton und Cornwall haben in den Drüsen ein starkes Antikoagulin nachgewiesen.

Bei einer jener Übergangsformen der echten Muskiden zu den hochentwickelten Stechern, wie Stomoxys und Glossina, fanden Patton und Cornwall ein starkes Antikoagulin im Speichel; stärker beim Weibchen als beim Männchen. Dies wird durch die kräftigere koagulierende Wirkung des Darmsekretes im Darmsaft alsbald überwunden. Die noch wenig ans Blutsaugen angepaßte Form M. confexifrons hat kein, die mittlere M. pattoni nur ein schwaches Antikoagulin.

Die Stiche unserer einheimischen echten Stechfliegen, wie Lyperosia und Stomoxys, werden als nadelstichartiger Schmerz empfunden, immerhin gering. Häufig heißt es, daß in Sommerfrischen im Hochsommer die Fliegen zu stechen anfangen. Die echte Stubenfliege sticht nie, wohl aber treten unter den Fliegen gegen den Herbst die Wadenstecher Stomoxys, die der Laie nicht von den Stubenfliegen unterscheidet, und ihre Verwandten in größerer Zahl auf. Erheblichen Juckreiz oder Quaddelbildung hat Ref. nicht bemerkt. Wilhelmi beobachtete auch bei diesen Insekten einen Einstich, den er nicht gefühlt hatte, an den aber Rötung und dann die Bildung einer kleinen juckenden Quaddel anschloß. Sie erreichte nach einer Viertelstunde 2 mm Durchmesser und war von einem 4 cm durchmessenden roten Hof umgeben. Eine weitere Viertelstunde später begannen die Erscheinungen nachzulassen. Juckreiz will W. noch am nächsten Tage gespürt haben, was mit meinen Beobachtungen nicht übereinstimmt. Merkwürdigerweise konnten Patton und Cornwall kein Antikoagulin nachweisen.

Über die Glossinenstiche schreibt Macfie, sie seien gewöhnlich schmerzlos, nur selten, wohl wenn der Stich in die Nähe einer Nerven-

Digitized by Google

endigung traf, war er merklich schmerzhaft; nach Stuhlmann schmerzt er wie der Stich einer feinen Nadel. Gewöhnlich trat bald nach dem Stich eine schmerzhafte Empfindung auf, aber zu einer Zeit, wo die Fliege schon den Rüssel zurückgezogen hatte und fluchtbereit war. Diese Empfindung ist es wohl, die gewöhnlich erst auf die Gegenwart der Fliege aufmerksam macht. Nach Stuhlmann bleibt ein winziges rotes Pünktchen zurück, das am folgenden Tage juckt und anschwillt.

Yorke und Macfie fanden, daß der Speichel kein Hämolysin, wohl aber ein kräftiges Antikoagulin enthalte; daher gerinne das Blut auch im Darm der Glossinen nicht.

Über die Lausfliegen, welche den Menschen wohl nur sehr selten stechen, soll hier daher nicht weiter gesprochen werden; auch ist über sie so gut wie gar nichts bekannt, was für uns in diesem Zusammenhange von Interesse wäre.

Herbstmilben. Bald nach der Wanderung durch das infizierte Kraut bemerkte Told runde rote Flecke von 4 mm Durchmesser an seinen Beinen. In der Mitte der Flecke saß als rotes Pünktchen die Milbe. Bis zum Abend nahm die Rötung nicht zu, die Milben fielen aber zum Teil schon ab. Am nächsten Tage hatten sich blasse oder dunkle rote Knötchen gebildet von 4—6 mm Durchmesser, nach 10 Tagen wurden sie kleiner und blasser, waren aber noch nach 14 Tagen zu sehen. Bei einer zweiten Exkursion nach 14 Tagen war die Reaktion etwas heftiger; es traten dunkelrote Knötchen auf mit hellem Hof. Schon am Abend des Stichtages heftiges Jucken, das am folgenden und drei weiteren Abenden wiederkehrte. Nach 18 Tagen waren die Knötchen verschwunden. Ähnlich Galli, Miyajima.

Hier ist besonders darauf aufmerksam zu machen, daß der zweite Befall schwerer verlief. Schnitte durch ein exzidiertes Stückchen zeigten so starkrs Ödem, daß der Zellverband stellenweise zerstört war. Die Rüsselspitze ist von einem zellfreien Bläschen umgeben, das Saugrohr von einer hyalinen Scheide umschlossen, Bildung seitens des Wirtes unter Einwirkung des Schmarotzers; dieser saugt Gewebssaft.

Frei ist der Meinung, daß die Wirkung auf den durch das Gift veränderten Körpersäften oder dem durch den Körper veränderten Gift beruht (Kampfgifte).

Die Speichelsekrete der Zecken enthalten ein starkes Antikoagulin, Ixodesextrakt macht Hundeblut in vivo und in vitro ungerinnbar. Von Argas, die gerade gesogen haben, zeigen Speicheldrüsen wenig Antikoagulinwirkung, später wird diese sehr kräftig. v. Künssberg fand solch Ferment auch in den Hüftdrüsen. Da deren Zellen den Eiweißzellen der Speicheldrüsen ähneln, hält er diese für die Antikoagulinbereiter. Sabatani stellte aus Ixodinen ein gereinigtes Extrakt her, das durch Alkohol gefällt wurde, in Kochsalzlösung weniger gut, in Wasser löslich ist, durch 5 Min. Kochen unwirksam wird. Die Extrakte führen zu schweren Erscheinungen an Kreislauf und Atmung, dann zu Lähmungen. Das erklärt wohl die Paralysen nach Stichen gewisser exotischer Dermazentor- und Ixodesarten, aber vielleicht auch die oft auffallend schwere Schädigung des Viehes durch die Ohrzecken (Ornithodorus Mégnini).

Die Reaktion der Stiche ist recht heftig, sie jucken erheblich, die Zecke bleibt tagelang angesogen. Nach dem Abfallen zeigen sich hämor-

Digitized by Google

rhagische Verfärbungen in manchmal markstückgroßer Umgebung, die bei mir erst nach Wochen ganz verschwunden sind.

Bei den Menschenkrätzmilben, die in der Haut bohren, könnte man glauben, daß das Jucken Folge mechanischen Reizes sei. Manche Räudemilben bleiben aber auf der Haut und erzeugen durch ihre Stiche ein Ekzem, so daß sie schließlich unter dessen Borken ebensogut geschützt sind wie die echten Krätzmilben unter Borken und Stratum-corneum-Resten. Es ist also das Gift auch wohl bei der Krätze die Hauptsache und ebenso bei Milben, die, wie Hühnermilben oder Pedikuloides, nur gelegentlich den Menschen befallen. Die abendlichen Exazerbationen des Juckreizes werden allgemein auf erhöhte Tätigkeit der Milben infolge der Bettwärme bezogen und hätten dann mit den anfallsweisen Erhöhungen des Juckreizes bei anderen Insektenstichen ursächlich nichts gemein.

Eine Anzahl Lichtbilder der Stichwirkungen erläuterten das Vorgetragene.

Zurückblickend: Ursachen vieler Meinungsverschiedenheiten unter den Autoren sind nicht nur persönliche Verschiedenheiten, sondern auch solche der Bedingungen. Kratzen führt bekanntlich zu einer Verstärkung und Verlängerung der Reaktion; dieses Kratzen kann auch durch Bekleidung usw. erfolgen. Während bei Ref. Stiche der Aëdesmücken höchstens ungefähr 10 Min. jucken und meist nach einer Stunde nicht mehr zu sehen sind, juckten solche am oberen Stiefelrand noch tagelang und waren geschwollen und gerötet.

Als Ref. sich solche Stiche in großer Zahl einmal auf einer mechanischen Reizungen nicht ausgesetzten Hautstrecke beibringen ließ, ging zwar das Jucken auch rasch vorüber, ein kräftiges Ödem der Haut hielt sich aber über 48 Stunden. Die Zahl der Stiche auf die Flächeneinheit ist also ebenfalls für die Wirkung von Bedeutung. Einzelne Läusestiche machen oft keine Beschwerden und sind kaum zu finden, dicht gestellte Stiche auch junger Läuse geben gerötete Hautstellen und meist das anfallsweise Jucken. Auch die von zahlreichen Stomoxys zerstochenen Hautstellen sind meist als Ganzes gerötet. Bei den Massenüberfällen der Simulien entstehen ausgedehnte Hautödeme. Wenn bei Verlausung pigmentierte Flecke auch auf den Schleimhäuten beobachtet sind, legt das die Deutung nahe, daß die Giftstoffe, wenn in Mengen eingebracht, in der Lymphe fortgeführt werden und auch entfernt von den Stichstellen zur Wirkung kommen. Ähnlich muß es ja auch mit den Wirkungen des Simuliengiftes sein, das bei schweren Kriebelmückenangriffen zu Schwellungen der regionalen Lymphdrüsen führt. Andere Erscheinungen, wie die Hämorrhagien der serösen Häute, die Herzschwäche und das Lungenödem bei Simulienbefall, werden durch Verbreitung des Giftes auf dem Blutwege zustande kommen. Die Simulien machen ja bekanntlich des öfteren sehr beträchtliche Viehverluste und sollen auch schon Menschen das Leben gekostet haben.

Immunitätsverhältnisse. Man kann nicht allen Angaben, wenn Leute behaupten, von dem einen oder anderen Insekt nicht gestochen zu werden, glauben. Ref. hat sich selbst von der Unzuverlässigkeit solcher Angaben überzeugen können bei Läuse- und Anophelenstichen. Die Auffassung, daß in Südamerika die Eingeborenen von den Gelbfiebermücken weniger ge-

Digitized by Google

stochen würden als die dort geborenen Weißen, und diese weniger als die Zugewanderten, hat sich durch Versuche als Fabel nachweisen lassen. Andererseits haben Tierversuche gezeigt, daß Anophelen an verschiedene Individuen derselben Tierart sehr verschieden leicht herangehen. Sicher scheint es auch, daß einige Menschen sehr rasch Flöhe anziehen, andere weniger, Kinder scheinen manches Ungeziefer stärker anzulocken. Es ist daher nicht undenkbar, daß es Menschen gibt, die in den meisten Fällen überhaupt nicht gestochen werden.

Ob und in welchem Maße die Verschiedenheiten der Reaktionen gegen die Stichwirkungen angeboren oder erworben sind, ist noch nicht zu übersehen. Heute reagiert Ref. auf Aëdesstiche viel weniger als früher. Da die Reaktion in einer Stunde völlig abzuklingen pflegt und das Jucken noch kürzer dauert, würde er von Stichen bald nach Einschlafen kaum etwas bemerken. Diese Abschwächung der Wirkung der Waldmücken bei stark zerstochenen Menschen ist auch früher wiederholt berichtet. Auf Anophelesstiche (maculipennis) reagiere ich überhaupt kaum, meine frühere Laborantin verhielt sich ebenso, meine derzeitige reagiert sehr heftig. Mitgeteilt wird, daß die Einwohner von Simulien- oder Herbstmückenbezirken, von Gegenden mit reichlich Ornithodorus usw. sehr viel weniger durch die Stiche gestört werden als Fremde. Die Simulien verursachen die gefährlichen Erkrankungen nur im Frühjahr, bald nach dem ersten Austrieb des Viehes, im Sommer nur noch bei Tieren, die verspätet auf die Weide kommen.

In Kinderkliniken sieht man an Säuglingen Zerstechungen durch Culex pipiens, die von den Bildern der Mückenstiche bei Erwachsenen ganz abweichen, nur die neu Zugehenden leiden stark darunter, ziemlich bald gibt sich die Reaktion. In Wohldorf war es in einem Anwesen nur das jeweils im Sommer vorher geborene Kind, das unter den Stichen dieser Mücken litt. Vielleicht müssen wir auch hier annehmen, daß fast jeder erwachsene Mensch immun gegen die Stichwirkungen von Culex pipiens wird. Die sehr angenehme teilweise Immunisierung gegen Wanzenstiche hat Ref. am Balkan selbst erlebt.

Ob daneben auch Erscheinungen der Anaphylaxie vorkommen, wie sie von Bienen- und Wespenstichen und den Giften der Dasselfliegenmaden angegeben werden, ist eine noch kaum berührte Frage. Ebensowenig, wieweit lokale Immunitäten zustande kommen könnten, eine Untersuchung, für die Stechinsekten doch ein sehr schönes Material sein müßten. Immerhin bietet die Möglichkeit, daß schon nahe verwandte, für den Laien kaum verschiedene Arten in ihren Wirkungen sich unterscheiden können, solchen Versuchen einige Schwierigkeit; auf der anderen Seite spielen in die noch ungelösten Probleme der Insektenstiche eine Fülle interessanter anderer und auf anderen Gebieten sich lebhafter Bearbeitung erfreuender biologischer Erscheinungen.

Digitized by Google

Aus der Universitäts-Hautklinik Kiel (Direktor: Prof. Dr. Klingmüller).

Über eine eigenartige Form von Sporotrichose mit Befund von Sporotrichon Gougerotl.

Von

Priv.-Doz. Dr. O. Grütz.

Mit 2 Abbildungen im Text.

Wer in die Materie der Dermatomykosen tiefer eindringt, den berührt es sonderbar, daß bei uns in Deutschland gewisse Kategorien von Pilzerkrankungen, wie die gummösen Mykosen der Haut, die in den benachbarten Ländern häufiger beobachtet und beschrieben sind, so gut wie ganz zu fehlen scheinen. Daß Deutschland zur Zeit hinsichtlich des Vorkommens der Dermatomykosen sich sonst im großen und ganzen kaum von anderen Ländern, abgesehen von den Tropen, wesentlich unterscheidet, ist bekannt. Wir begegnen in der deutschen pathogenen Pilzflora dem größten Teil der auch in anderen Ländern beobachteten Erreger von Dermatomykosen wieder. Nur die Mitteilungen über gummöse Mykosen, die durch Pilze der Gruppe Sporotrichon und ähnliche hervorgerufen sind, beschränken sich bei uns auf eine so geringe Zahl, daß jede neue einschlägige Beobachtung mitgeteilt zu werden verdient. Der Kundige kann sich des Verdachts nicht erwehren, daß die Unvollständigkeit der Untersuchungsmethodik, die in unseren Instituten sich zu einseitig auf den Nachweis von bakteriellen Erregern richtet und nur ausnahmsweise für den Nachweis von Pilzen geeignete Nährsubstrate zur Aussaat des Untersuchungsmateriales heranzieht, einen Teil derartiger Erkrankungen unerkannt läßt. Auch der nachstehend beschriebene Fall wäre wohl ungeklärt geblieben, wenn die Untersuchung sich nicht ausdrücklich auf den Nachweis etwaiger mykotischer Erreger gerichtet hätte.

Heinrich H., 33 Jahre, Bureauanwärter, erkrankt Mitte Sommer 1921 an langsam entstehenden „Eiterbeulen" in beiden Achselhöhlen, wegen deren er Ende 1922 im Krankenhaus operativ behandelt wurde, jedoch ohne endgültigen Erfolg, da die Eiterung danach weiter fortdauerte. Später 4—5 Tage lang Wundrose; im Anschluß an diese sollen etwa linsengroße, teils etwas kleinere, teils etwas größere rote bis braunrote Papeln auf Brust, Rücken, Bauch, in der Umgebung der Achselhöhlen und schließlich auch in der Genitokruralfalte, deren Umgebung und in der Crena ani aufgetreten sein. WR damals negativ. In der Genitokruralfalte und Crena ani vereiterten schließlich die Effloreszenzen und verursachten Schmerzen. Wegen erfolgloser Behandlung (zuletzt mit Salben und Umschlägen) konsultierte er Prof. Klingmüller in Kiel.

Im Dezember 1922 bestand folgender Befund: Mittelgroßer Mann in gutem Ernährungszustand mit mäßigem Fettpolster.

Haut: In beiden Achselhöhlen querverlaufende Operationsnarben; im übrigen sind beide Achselhöhlen ausgefüllt von einem nässenden Infiltrat, das beetartig und von linsengroßen Papeln und braunroten Flecken umgeben ist. In der rechten Achselhöhle außerdem trichterförmige narbige Einziehung. Am Rumpf vereinzelte stecknadelkopf- bis linsengroße Narben, am Bauch gleichgroße derbe, braunrote Papeln. In Crena ani und Schenkelbeugen, von hier auf Skrotum und Oberschenkel übergreifend, bohnengroße zerfallende Papeln, umgeben von linsengroßen nässenden, papulösen Effloreszenzen.

Digitized by Google

Dunkelfeld: Trotz eingehender Untersuchung vieler Präparate keine Spirochaeta pallida im Papelsekret nachweisbar.

Schleimhäute normal.

Drüsen nicht merklich vergrößert.

Urin: Eiweiß schwach +, Urobilin —, Urobilinogen —, Sediment: keine pathologischen Formbestandteile.

Blut: WR negativ, SGR negativ.

Blutbild: Rote Blutkörperchen 5080000, Hämoglobin 80%, weiße Blutkörperchen 8100, polynukleäre Leukozyten 59%, Lymphozyten 25%, Mononukleäre 7%, Eosinophile 5%, Übergangsformen 3%, Mastzellen 1%.

Lungen (Prof. Schittenhelm): beiderseits hinten unten dichtes, feines Rasseln, besonders links. Vorn links am linken Herzrand sowie auch rechts neben dem Sternum pleuritisches Reiben. Links pleuro-karditisches Reibegeräusch.

Herz: 1. Ton unrein, Grenzen normal. Ätiologie der Pleuritis nicht ganz klar. Schmerzen und Behinderung beim tiefen Atmen auf die Pleuritis zurückführbar. Röntgenuntersuchung siehe später. Die übrigen inneren Organe anscheinend o. B. Das Allgemeinbefinden ist gut. Da die Hauterscheinungen trotz der negativen Seroreaktionen und des negativen Spirochätenbefundes den Verdacht auf Lues sehr nahe legten, wurde Pat. in der Folgezeit einer antiluetischen Behandlung mit Salvarsan und Quecksilber (Schmierkur) unterworfen. Er erhielt nach der Methode von Scholtz

am 28. XII. 0,3 Altsalvarsan i. v.,

am 29. XII. früh 0,3 Altsalvarsan i. v.,

abends wiederum 0,3 Altsalvarsan i. v.

Am 3. I. 1923 wiederholte Seroreaktionen: WR negativ, SGR negativ. Wegen der Lungenbeschwerden Brustprießnitz, Aspirin. Bis zum 10. I. trat eine gewisse Heilung der papulösen Effloreszenzen an Rumpf und größtenteils auch in den Achselhöhlen und Schenkelbeugen ein. Dagegen blieben die dort vorhandenen diffuseren Infiltrate bestehen. Auch in der Crena ani heilten die Papeln anscheinend ab. Während die Hg-Applikationen wegen Gingivitis ausgesetzt werden mußten, wurde mit der Salvarsanapplikation fortgefahren, und zwar nur in dreitägigen Zwischenräumen je 0,3 Altsalvarsan i. v. gegeben, weil vorübergehend im Urin positive Eiweißreaktion, jedoch ohne Zylinder, auftrat. Noch mehrfach wiederholte Seroreaktionen ergaben immer negative Befunde; nur ein einziges Mal war die SGR schwach positiv, bei der nächsten Wiederholung indessen wieder negativ.

Die Heilung schritt in der nächsten Zeit gut vorwärts bis auf die immer noch ulzerös zerfallende Inguinalfalte. Eine bakteriologische Untersuchung auf Diphtheriebazillen war negativ. Nachdem der Pat. insgesamt 7 Altsalvarsaninjektionen erhalten hatte, wurde er in gebessertem Zustande versuchsweise nach Hause entlassen. Am 7. II. 1923 sind die Schenkelbeugen geheilt bis auf eine kleine Stelle links, die ulzerierte, etwa kleinbohnengroße Granulationen aufweist. Auch die Achselhöhlen sind anscheinend geheilt bis auf einige linsengroße, braunrote, papulöse Herde in der Mitte. Die Haut der Crena ani ist ebenfalls noch nicht frei von papulösen Effloreszenzen. Blutbefund: WR und SGR negativ. Urin frei von Eiweiß und Formbestandteilen. 12. II. 1923. Lungen: Röntgendurchleuchtung (Prof. Schittenhelm) im linken Oberlappen eine große Zahl kleinfleckiger Schatten bis ins Hilusgebiet. Hilus etwas vergrößert mit einigen Kalkschatten; von hier aus nach oben strangförmige Zeichnung. Im rechten Unterlappen ebenfalls eine Reihe kleinfleckiger Schatten bei vergrößertem Hilus. Sehr verdächtig auf Tuberkulose. Sputumuntersuchung nicht durchführbar, da kein Sputum zu erhalten. 15. II. 1922: Kurzatmigkeit besteht noch, aber gutes Allgemeinbefinden und 5 kg Gewichtszunahme; wird am 19. II. zur genaueren Beobachtung des Lungenbefundes in die Medizinische Klinik aufgenommen. Dort Pirquet schwach +, auf Injektionen von 0,1 g Alttuberkulin kräftige Stichreaktion. Am zweiten Tage Erhöhung der Temperatur auf 37,7, gegenüber früher 37,5. Nach 3 Tagen Injektion von 0,5 g Alttuberkulin, danach wieder nur 37,6 Höchsttemperatur. Auch auf Jodkaligaben kein Sputum zu erhalten. Indessen ist nach Ansicht der Medizinischen Klinik die Tuberkulosediagnose „ziemlich sicher".

Da inzwischen die ulzerativen Prozesse in Achselhöhlen und Inguinalgegend neu exazerbiert sind, wird eine Probeexzision aus der linken Achselhöhle vorgenommen. (Histologische Untersuchung siehe später.) Gleichzeitig wurde die Salvarsan- und Hg-Behandlung, letztere auch mit lokaler Applikation von Kalomel, auf die Ulzerationen energisch wieder aufgenommen, die in den nächsten Wochen wiederum vorübergehend zu

Digitized by Google

einer gewissen Besserung der Erscheinungen führte. Pat., der auswärts wohnt, geht seinem Beruf wieder nach. Am 11. IV. 1923 ist die linke Achselhöhle trocken; rechts noch immer nässende papulöse Effloreszenzen (Dunkelfeld: Spirochaeta pallida negativ). In der linken Leistenbeuge eine granulierende, etwa $^1/_2$ cm tiefe Ulzeration mit aufgeworfenen lividen Rändern. Blut: WR und SGR negativ. Urin: völlig negativ. Kulturaussaaten von Wundsekret auf Pilznährböden. Nach 3—4wöchentlicher Beobachtung keine Pilze, nur Staphylokokken gewachsen. 8. V. 1923. Die Lungenerscheinungen, besonders die Atembeschwerden, haben sich erheblich gebessert; kein Husten, kein Auswurf. Allgemeinbefinden gut, ständig normale Temperaturen; aber auffallendes Durstgefühl und häufige Miktionen. Urin: Eiweiß negativ, Zucker negativ, Sediment o. B. Die Erscheinungen in den Achselhöhlen haben sich etwas verändert; rechts sitzen auf einer derben Infiltration wenig erhabene flache Papeln, in der Tiefe Vernarbung, in der vorderen Achselfalte brüchige lange Rhagade, die mit impetiginösen Krusten und Borken bedeckt ist, nach deren Entfernung starkes Nässen erkennbar wird. In der linken Achselhöhle ein ähnlicher, aber etwas geringgradigerer Prozeß. In der Femoroskrotalfalte überhängende flache, stärk nässende Granulationen, speckiger Belag der Wundfläche. Am Aftereingang derselbe Befund! In der Unterbauchgegend zwei im Zentrum pustulöse Papeln; im Reizserum derselben Spirochaeta pallida negativ. 19. V. Trotz der bisher durchgeführten Salvarsanbehandlung — Pat. erhielt im ganzen 17 Altsalvarsaninjektionen à 0,3 g — besteht eine auffällige Resistenz der ulzerativen Prozesse. Wegen des nunmehr sich verstärkenden, auch früher schon von Prof. Klingmüller mehrfach ausgesprochenen Verdachts auf Sporotrichose werden die Kulturaussaaten auf Pilznährböden wiederholt, und zwar mit herausgekratztem Gewebsmaterial der Randpartien der Inguinal- und Analulzerationen nach vorausgegangener sorgfältiger Reinigung und Abtragung der oberflächlichen verunreinigten Schichten. In mikroskopischen Ausstrichen fanden sich außer grampositiven Kokken keine anderen Mikroorganismen. Unter den etwa 30 angelegten Kulturen mit verschiedensten Nährsubstraten gingen nach 3 Wochen auf zwei Röhrchen (mit Maltoseagar nach Grütz [3] und Traubenzuckerpeptonagar nach Plaut), die bei Zimmertemperatur gehalten waren, einige kleine schwarze Kolonien auf, allerdings nicht in Reinkultur, sondern neben Staphylococcus pyogenes aureus. Die isolierten schwarzen Kolonien wurden bei weiterer Beobachtung als Pilze der Gattung Sporotrichon erkannt (genauere Beschreibung des Mikroorganismus siehe später). Im weiteren Verlauf der Krankheit stellte sich trotz vorübergehender Besserung wieder ein derartiger Zustand ein, daß die Erscheinungen in beiden Achselhöhlen, in den Schenkelbeugen und in der Crena ani in einer ambulanten Untersuchung am 18. VI. 1923 gegenüber dem Anfang der Erkrankung als gar nicht verändert erschienen. Es bestehen wieder die gleichen weichen Infiltrate in den Schenkelbeugen und länglich gestellte flache Ulzerationen. Drängt man diese Ulzerationen auseinander, so sieht man brückenartige Stränge von einer Seite zur anderen ziehen, fadendünn und etwas dicker, zum Teil über oder neben ausgehöhlten Geschwürsgruben. Der Rand dieser Geschwüre besteht aus weichen Granulationen, welche umgeben sind von einem schmalen, rot infiltrierten Saum. In der Crena ani bestehen noch die kondylomartigen flachen, breiten Infiltrate, welche zum Teil von ähnlichen Geschwürsbildungen durchsetzt sind wie den eben beschriebenen. In der linken Achselhöhle ist das unregelmäßige weiche Infiltrat bedeckt mit krustösen Auflagerungen, desgleichen in der rechten Achselhöhle. In letzterer findet sich neben dem Infiltrat, nach außen zu, ein kirschkerngroßer, weicher Abszeß mit einer kleinlinsengroßen Erweichungsstelle in der Mitte, die mit einer Kruste bedeckt ist. Punktion dieses Abszesses und nochmalige Kulturaussaat des gewonnenen eitrigen Sekretes (Resultat: nur Staphylokokken, keine Pilze). Mit Rücksicht auf das inzwischen festgestellte Wachstum einiger auf Sporotrichose verdächtigter Pilzkolonien in den vom 19. V. angelegten Kulturen wird eine Jodkalitherapie eingeleitet, zunächst 3 Tage lang 1 g, dann 2 g und weiter ansteigend. 28. VI. Pat. hat leider vom ersten Tage der Jodmedikation an Jodschnupfen und Druck in den Stirnhöhlen. Bei der Steigerung auf 2 g verstärken sich diese Erscheinungen. Trockenheit im Munde, starkes Durstgefühl. An der Zunge und an der Mundhöhlenschleimhaut fällt eine gewisse oberflächliche Trockenheit auf. Der Abszeß in der linken Achselhöhle ist inzwischen gut abgeheilt, und alle anderen Krankheitsherde scheinen sich ebenfalls zu bessern. Das ehemalige papulöse Exanthem am Rumpf ist mit leicht eingesunkenen stecknadelkopf- bis linsengroßen Narben ausgeheilt. 2. VIII. 1923: Alle Erkrankungsherde in Achselhöhlen und Schenkelbeugen werden wieder größer und eitriger,

Digitized by Google

obwohl Pat. jetzt täglich 3 g Jodkali ohne Nebenerscheinungen nimmt. 13. VIII. 1923: Die linke Achselhöhle zeigt wabenartige Krusten, nach deren Entfernung eine stark granulierende nässende Wundfläche zutage tritt. Rechte Achselhöhle ähnlich, nur reichlichere und tiefere Ulzerationen; das entzündliche Gewebe setzt sich scharf gegen das normale ab. In der Crena ani ist der Prozeß ebenfalls fortgeschritten. Stuhlgang schmerzhaft. Auf der linken Gesäßbacke ist ein neues entzündliches Infiltrat in Entstehung begriffen. Die Geschwürsfläche in der Femorosakralfurche ist ebenfalls größer geworden, der Untergrund stärker infiltriert, brüchig, nässend. Auf Brust und Rücken, besonders über beiden Schulterblättern, treten in disseminierter Aussaat teilweise sehr dicht stehende Papelchen und Bläschen auf hochrotem Grunde auf. Beide Handinnenflächen weisen stecknadelkopfgroße, punktförmige, dunkelrote, derbe Infiltrate auf, die auf Druck schmerzhaft sind. Der ganze Zustand hat sich trotz der Jodkalimedikation objektiv und subjektiv so verschlimmert, daß Pat. vor 3 Tagen mit dem Einnehmen des Jodkalis aufhörte und seitdem sich wohler zu fühlen beginnt. 15. VIII.: Status idem. Versuchsweise Röntgenbestrahlung. 8. IX.: 3 mm Al. Filter auf linke Schenkelbeuge, After, linke Achselhöhle. Vom Hausarzt des Pat. geht am 31. IX. die schriftliche Mitteilung ein, daß der Pat. am 17. IX. plötzlich an Pleuritis verstorben sei. Seit dem 11. IX. sei Pat. schwer krank und bettlägerig gewesen, sei dann rasch verfallen. Dämpfung über den Lungen habe nicht bestanden. Beiderseits sei jedoch das Atemgeräusch stark abgeschwächt gewesen, habe in den unteren Partien eigentümlich glucksend geklungen („wie ich es kaum je gehört habe", lautet der Bericht). Temperatur kurz vor dem Tode 38°, Herztöne schlecht hörbar; Pat. war vollkommen klar, Urin bis zuletzt frei von Eiweiß und Zucker, spezifisches Gewicht 1001. Nachmittags Exitus. Todesursache völlig unklar; Sektion konnte nicht ausgeführt werden.

Histologische Untersuchung: Hierfür lagen drei Exzisionen aus der Axillar-, Inguinal- und Analgegend vor, die im wesentlichen gleiche Bilder ergaben und deshalb gleich zusammengefaßt wiedergegeben seien. Unter einer stark akanthotisch verdickten und ödematös aufgelockerten Epithelschicht der Randpartie findet sich ein starkes Ödem und Gefäßerweiterung im Papillarkörper und in der Kutis, die von einem ziemlich scharf umschriebenen, dichten Infiltrat erfüllt ist, bestehend am äußeren Rande hauptsächlich aus vermehrten Bindegewebszellen, Lymphozyten und Plasmazellen verschiedenster Größe, nach dem Zentrum der ulzerierten Partien hin in zunehmendem Maße mit großen Monozyten, vereinzelten mehrkernigen Histiozyten und Leukozyten untermischt, welch letztere schließlich im Zentrum der ulzerierten Teile bei weitem überwiegen. Die Gewebsstruktur der Infiltrate läßt stellenweise eine deutliche Aufeinanderfolge mehrerer Schichten, nämlich von vermehrten Fibroblasten und Lymphozyten, am Rande, Plasmazellen, vereinzelten Riesenzellen, verschieden gestalteten Histiozyten in der Mitte und schließlich zentralwärts eine dichte Anordnung von polynukleären Leukozyten und kleinen Plasmazellen deutlich erkennen. Im Bereich der Infiltrate sind die Gefäße stark erweitert, thrombosiert, zeigen Wandveränderungen in Gestalt von teilweise obliterierender Endarteriitis und Mesarteriitis, während außerhalb der kompakten Infiltrate die Gefäße auf eine kurze Strecke hin nach der normalen Nachbarschaft von Plasmazellen und Lymphozyten eingescheidet sind. Bei den Gewebsstücken aus der Inguinalgegend ist das Ödem in der Nachbarschaft der beschriebenen Infiltrate sehr viel stärker und setzt sich auf weite Strecken hin in den benachbarten Papillarkörper und in die Subkutis hinein fort. Andererseits besteht stellenweise eine fibröse Abkapselung der infiltrierten Bezirke durch derbe narbige Bindegewebsstränge. Die elastischen Fasern sind in den Infiltraten weitgehend zerstört und liegen in groben Trümmern und Knäueln in unregelmäßiger Verteilung durcheinander. In den ödematösen Randpartien unterhalb der eigentlichen Infiltrate sind sie vielfach rarefiziert und schlecht färbbar. Die Schweißdrüsen sind stellenweise, soweit sich die Erkrankungsherde bis in die Subkutis oder ihre unmittelbaren Nachbarschaft erstrecken, von kleinzelligem, mit Plasmazellen durchsetztem Infiltrat umgeben. Wo durch die bindegewebigen Stränge, die stellenweise die kompakten, über den Schweißdrüsen liegenden Infiltrate abgrenzen, offenbar eine Verlagerung der Schweißdrüsenausführungsgänge stattgefunden und eine Unmöglichkeit zur Abführung des Schweißdrüsensekretes sich herausgebildet hat, sind sie zystisch erweitert, ihr Drüsenepithel eng zusammengedrückt und im Untergang begriffen, so daß sie stellenweise große zystische Hohlräume darstellen, deren Epithel gar nicht mehr oder nur andeutungsweise als eine ganz schmale Hülle erkennbar ist. Abgesehen von diesen wohl ganz sekundären Veränderungen in der Subkutis ist dieselbe von dem Erkrankungsprozeß nicht mitbetroffen.

Digitized by Google

Es handelt sich also um einen mehr auf die oberen Schichten der Kutis und des Epithels beschränkten Krankheitsprozeß, der ziemlich dicht geschlossene Infiltrate bildet, an denen stellenweise ein Aufbau der Gewebsstruktur aus drei Zonen erkennbar ist, nämlich einer äußeren, lymphozytär infiltrierten fibroblastischen Zone, einer mittleren, aus verschiedenartigen Plasmazellen, Histiozyten, Monozyten, spärlich mit Epitheloiden, Riesenzellen durchsetzten und einem zentralen, vorwiegend leukozytären Bezirk. Es ist dies also eine Architektur, die DE BEURMANN und GOUGEROT in ihren ausgezeichneten Untersuchungen an zahlreichen Sporotrichosefällen in Frankreich als charakteristisch für die Sporotrichose erkannt haben. Da indessen nach gründlichen histologischen Untersuchungen, die ARNDT (2) früher an einem deutschen Sporotrichosefall angestellt hat, von diesem Autor im Gegensatz zu den französischen Anschauungen die Ansicht verfochten wird, daß aus dem histologischen Bild allein eine Diagnose der Sporotrichose nicht mit Sicherheit zu begründen ist, so gewinnt ein Befund wie der vorliegende doch erst dann volle diagnostische Bedeutung, wenn ihm der kulturelle Nachweis der Erreger bestätigend zur Seite steht. Es ist bekannt, daß in den Gewebsschnitten von menschlicher Sporotrichose die Pilze in der Regel nicht nachweisbar sind, weil sie einerseits offenbar sehr spärlich darin enthalten sind, andererseits rasch in ihrem chemischen Aufbau unter der Wirkung der entzündlichen Gewebsreaktion so verändert werden, daß sie keine Farbstoffe mehr annehmen und höchstens als „Schatten" manchmal erkennbar bleiben. Auch wir haben in zahlreichen Schnitten, die mit den verschiedensten Färbemethoden speziell auf Sporen und Mikroorganismen gefärbt waren, keine Pilzelemente nachweisen können. Um so schwerwiegender ist der gelungene kulturelle Nachweis von Mikroorganismen, die bei genauer mykologischer Prüfung sich als Pilze der Gattung Sporotrichon erwiesen haben. Daß der Nachweis in unserem Falle nicht in Reinkultur gelang, wird bei der Oberflächlichkeit des Prozesses, der unserem Fall mit seinem völligen Fehlen der sonst für Sporotrichose typischen subkutanen Gummenbildung seine besondere Note gibt, und der damit fast selbstverständlichen bakteriellen Verunreinigung nicht wundernehmen. Es existieren übrigens sehr zahlreiche Beobachtungen in der Literatur über Sporotrichose, daß der Nachweis der Erreger nicht in Reinkultur, sondern mit einer bakteriellen Flora gemischt und, wie in unserem Falle, erst nach mehrfach wiederholten Kulturversuchen gelang. Es könnte hier eingewandt werden, daß der gefundene, von uns als Erreger angesprochene Pilz nur ein zufällig gefundener Saprophyt der Haut- und Geschwürsoberfläche gewesen sei und daß ihm keinerlei pathogene Bedeutung zukomme. Zur Abschwächung dieses natürlich nicht völlig zu beseitigenden Einwandes ist zu bemerken, daß ich niemals unter vielen Hunderten von kulturellen Untersuchungen der Hautoberfläche auf Pilze einen ähnlichen Mikroorganismus als Saprophyten angetroffen habe, und daß derselbe immerhin nach sorgfältiger Reinigung und Entfernung der oberflächlichen Schichten aus den mit scharfem Löffel herausgekratzten Gewebspartikeln tieferer Gewebsschichten herausgezüchtet wurde.

(Schluß folgt.)

Digitized by Google

Aus dem Ambulatorium des Moskauer Tropeninstituts (Direktor: Prof. E. I. MARZINOWSKI), und dem Staatl. Venerol. Institut (Leiter der Abteilung für Hautkrankheiten: Prof. A. A. WEWIOROWSKI).

Zwei Fälle von Hautleishmaniosis.

Von

Dr. M. A. AGRONIK in Moskau.

Mit 2 Abbildungen im Text.

Infolge des Vorhandenseins beständiger Endemieherde der Hautleishmaniosis in einigen Grenzgebieten der Sowjetrepubliken — Turkestan, Transkaukasien, Transkaspien, Choresma (Chiwa), Buchara — sowie in den angrenzenden Ländern — Afghanistan, Persien, der Türkischen Republik — werden Fälle dieser Krankheit nicht selten nach Moskau hereingeschleppt. Im Laufe von 1—1½ Jahren (1923—1924) wandten sich ca. 20 mit der Orientbeule behaftete Kranke um Rat an das Moskauer Tropeninstitut und wurden teils am Institut selbst, teils am Staatl. Venerol. Institut und in den Universitätskliniken behandelt. Wir haben die Möglichkeit gehabt, die meisten dieser Fälle zu beobachten und zu studieren. Im vorliegenden geben wir die Beschreibung zweier dieser Fälle, die ein kasuistisches Interesse darbieten dürften.

Fall 1. F-ow, J., Gemeiner der Roten Armee, 24 Jahre alt, ledig, aus Mittelrußland gebürtig und dort wohnhaft. Erinnert sich nicht an Erkrankungen in der Kindheit; leugnet Syphilis ab. Hatte im Jahre 1920 Flecktyphus überstanden, einen Teil der Jahre 1922—1923 an Malaria gelitten. Seit Mai 1922 bis März 1923 verbrachte er, als im Militärdienst befindlich, in der Buchara, in den Städten Kermeme und Nurotau und der Umgegend. Hier hatte er viel von Mücken und Moskitos sowie in den Hütten der Eingeborenen von zahlreichen Insekten — Flöhen und Wanzen — zu leiden. Er trank oft rohes Wasser und badete sich in den „Aryks" (Irrigationskanälen). Am 17. März 1923 demobilisiert, verließ er die Buchara und war schon nach 12 Tagen in Moskau. Nachher lebte er in der Heimat im Tamcowschen Gouvernement. Weder in der Buchara noch zu Hause bemerkte er am Gesicht oder am Ohr irgend etwas, obgleich er sich oft im Spiegel betrachtete. Erst in der zweiten Hälfte des März 1924 gewahrte er an der linken Wange ein hirsekorngroßes rotes „Bläschen" (Knötchen). Es eiterte nicht (beim Drucke zeigte sich Blut), rief weder Jucken noch Schmerz hervor. Zugleich (einige Tage später) zeigte sich ein ähnliches Knötchen an der rechten Ohrmuschel. Pat. ließ diesen Ausschlag unbeachtet, glaubte, er werde von selbst vergehen. Die Röte und Schwellung an den betroffenen Stellen, besonders an der Ohrmuschel, nahmen jedoch allmählich zu. Fiebererscheinungen fehlten sowohl vor als nach dem Auftreten des Ausschlags. Malariaanfälle hatte er, seit er die Buchara verlassen, nicht gehabt. Anfang Mai 1924 kam Pat. nach Moskau und trat als Freiwilliger in das ... Eskorteregiment ein. Am 3. Juli meldete er sich im Regimentsambulatorium und wurde von dort in das Tropeninstitut geschickt.

Status praesens. Körperbau und Ernährung gut. Seitens des Herzens gewahrt man gedämpfte Töne und einen unreinen ersten Ton an der Spitze. Der Magen-Darmtraktus normal. Die Milz läßt sich nicht durchfühlen. Im Nervensystem keine Abweichungen. Alle Lymphdrüsen mäßig vergrößert (bis zu Bohnengröße).

An der linken Wange, in der Gegend des Backenknochens, in der Mitte, in der Dicke der Haut läßt sich ein diffuses Infiltrat von runder Form, einen Kegel mit sehr abschüssigen Seiten bildend, $2 \times 1\frac{1}{2}$ cm groß, durchfühlen. Die Haut ist hier von rötlich-violetter Färbung und etwas glänzend. In der Mitte des Infiltrats (an der Kegelspitze) besteht eine dünne bräunliche blutrote Kruste vom Umfang einer großen Linse.

Digitized by Google

Abschuppung war nicht vorhanden. Über Jucken klagte Pat. nicht. Schmerz fehlte. — Die andere Beule, ebenfalls in Gestalt von Stauungshyperämie und Infiltration der Haut, war an der rechten Ohrmuschel. Der Krankheitsherd nahm hier das ganze mittlere und einen Teil des oberen Drittels der Helix ein und ging zum Teil auf die Fossa scaphoidea, zum Teil auf die äußere (hintere) Oberfläche der Muschel über. An der Grenze des oberen und mittleren Drittels der Helix bemerkt man eine platte Papel von der Größe einer kleinen Linse von kupferroter Farbe. Irgendwelche subjektiven Erscheinungen, wie Jucken oder Schmerzen, fehlen. Lymphangoide stärkere Schwellung der den Krankheitsherden naheliegenden Lymphdrüsen, Knoten machte sich nicht bemerkbar. In den nach Giemsa gefärbten Ausstrichen sah man unter dem Mikroskop eine große Menge typischer L. tropica. Im Urin nichts Pathologisches.

Blutuntersuchung: Hämoglobin 65%, Erythrozyten 4500000, Leukozyten 6000. Neutrophile 56%, Lymphozyten 33%, Mononukleäre und Übergangsformen 10%, Eosinophile 1%. Eine zweite Blutuntersuchung am 25. VII. ergab fast dasselbe Bild, ohne irgendeine Abweichung von der Norm.

Die Blutuntersuchung auf das Vorhandensein von Malariaplasmodien ergab ein negatives Resultat. Das Nachforschen nach L. tropica im peripheren Blut, nicht aus den erkrankten Stellen (aus dem Finger, der Medialvene), war auch resultatlos. RW (10. VI.) = 2+, RSG = 1+. Bei der wiederholten Untersuchung (19. VII.) war RW = 1+, RSG = 2+. Biopsie lehnte der Kranke ab. Da wir außerdem beschlossen hatten, uns im gegebenen Fall auf eine allgemeine Behandlung zu beschränken, lokal gar nichts zu unternehmen, so bemühten wir uns selbst, die Krankheitsherde möglichst zu schonen und einer sekundären Infektion vorzubeugen.

Abb. 1.

Somit ist der beschriebene Fall durch seine ungewöhnlich lange Inkubationsperiode interessant. Wie bekannt, ist die Dauer derselben bislang nicht genau festgestellt. Tbeston (1), der in Mesopotamien eine bedeutende Anzahl von Fällen der Orientbeule beobachtete, nimmt eine Inkubationszeit von 3—6 Monaten an. Doch ist es in den endemischen Gegenden selbst, bei der Unklarheit in der Frage über die Wege und Art des Eindringens des Parasiten L. tropica in den Organismus und der Unmöglichkeit infolgedessen, zu bestimmen, wann die Infektion stattgefunden hat und von welchem Tage an die Inkubationszeit zu rechnen sei, natürlich schwer, über die Dauer derselben ein Urteil zu fällen. Demonstrativer sind solche Fälle, wenn die Kranken, nachdem sie eine gewisse Zeit in der endemischen Gegend verbracht, diese definitiv verlassen haben und erst am neuen Ort die ersten Anzeichen der Krankheit gewahren. Sehr interessant ist der Fall mit Dr. Uffertb (2), der 15 Tage, nachdem er Gafsa (Tunis) verlassen, wo er nur 2 Tage verweilt hatte, an Hautleishmaniosis erkrankte. Manson (3) schreibt: „Ich sah eine unbestreitbare Orientbeule, die 5 Monate, nachdem dem Pat. jede Möglichkeit, infiziert zu werden, genommen war, entstand.“ Im weiteren spricht er unklar: „In anderen Fällen dauerte die Inkubationszeit 15 Monate und mehr.“ Aus Mansons Worten ist nicht zu ersehen, ob diese letz-

Digitized by Google

teren Fälle unzweifelhafte Leishmaniosisfälle waren, auf Grund welcher Tatsachen eine so lange Inkubationsdauer festgestellt wurde, und ob diese Fälle nicht vielleicht in die der WRIGHT-MARZINOWSKIschen vorangegangenen Periode (vor der Entdeckung des Parasiten dieser Krankheit) fielen, wo nicht selten andere Dermatosen für die Orientbeule angenommen wurden, wobei manche Autoren (WILLEMIN, MASNOU [4]) sogar auf eine 35jährige Inkubationsdauer hinwiesen. In der neueren Literatur (nach 1903) wenigstens sind Fälle von unzweifelhafter Inkubationsperiode sowohl bei natürlicher Infektion als bei experimentellen Orientbeulen von längerer als 6—8monatiger Dauer von niemand beschrieben worden.

In der Literatur nach Fällen forschend, bei denen Orientbeulen sich bei solchen Kranken einstellten, die endemische Infektionsherde verlassen hatten, fand MARZINOWSKI (5) nur einige wenige. Die Geschwüre traten in diesen Fällen 2 Wochen, 1 Monat, $1^1/_2$ Monate, nachdem die Kranken die endemische Gegend verlassen hatten, auf, und nur in einem Fall nach 5 Monaten. Dieser bezog sich auf eine Frau, bei der 5 Monate nach ihrer Abreise aus Indien am Gesicht eine Beule entstand, in der das Mikroskop das Vorhandensein von L. tropica bewies. Dieser Fall wurde seinerzeit von MANSON (6) beschrieben, und auf ihn scheinen die oben angeführten Worte MANSONS in seinem Lehrbuch sich zu beziehen. LAVERAN (7), der in seiner Monographie die Literatur über die Frage der Inkubationsdauer der Orientbeule kritisch beleuchtet, schließt mit folgenden Worten: „Man kann als minimale Inkubationszeit beim Menschen 15 Tage, als maximale 7 Monate, als mittlere 2 Monate festsetzen.“ CASTELLANI und CHALMERS (8), STITT (9) beschränken ebenfalls die Inkubationszeit der Orientbeule auf Tage und Monate. In der westeuropäischen Literatur wurde unlängst ein von LAMBERT beschriebener Fall von Leishmaniosis in den Vereinigten Staaten als ein Fall von 6—8 Monate langer Inkubationsperiode angeführt. Die Beule erschien an der unteren Extremität des Kranken 8 Monate nach der Abreise aus der endemischen Gegend (die Umgegend von Aleppo) und 6 Monate nach der Abfahrt von Beyruth. Die nähere Bekanntschaft mit der Originalschrift zeigt jedoch, daß der Autor (10) selbst vorsichtig nur von der Wahrscheinlichkeit („probability“) einer 6—8monatlichen Inkubation in diesem Falle spricht. Aus der Anamnese ersieht man, daß der 17jährige armenische Jüngling, in der Umgegend von Aleppo lebend, niemals Strümpfe trug und von Moskitos und und anderen Insekten ganz zerstochene Füße hatte. Es wäre erstaunlich gewesen, wenn der junge Pat. unter dem schmerzhaften Ausschlag auf der Haut und den schwer zuheilenden Spuren nach den Stichen der Moskitos und anderer stechender Insekten sogleich das Erscheinen einer unbedeuteten leishmaniösen Papel, die sich gewöhnlich subjektiv längere Zeit nicht kundgibt, bemerkt hätte. Daher wäre es im gegebenen Fall u. E. ziemlich gewagt, als Anfang des Auftretens der Beule den Moment anzunehmen, wann der Kranke, wie er sagt, sie zuerst bemerkte. Unter den Fällen, wo die Orientbeule zu experimentellen Zwecken eingeimpft wurde, ergab die längste Inkubationsperiode WENYONS (11) Versuch, welcher sich selbst die Beule einimpfte, wobei die Inkubationszeit $6^1/_2$ Monate währte. Dagegen dauerte sie nur 7 Wochen bei einer von ihm inokulierten Frau.

Digitized by Google

Bei PATTON (11), der sich die Orientbeule einimpfte, erschien sie nach 16 Tagen. Bei BOULLIEZ (13), dem während der Arbeit mit Leishmaniosenmaterial zufällig davon ein Tropfen davon ins Auge geriet und ihn infizierte, erschien ein leishmaniöses Knötchen an der Innenseite des Augenlides ungefähr nach 4 Monaten. MARZINOWSKI (5), der sich vor 20 Jahren behufs experimenteller Zwecke am Vorabend seiner Abreise aus einer endemischen Gegend (Transkaukasien) die Orientbeule inokuliert hatte, gewahrte eine leishmaniöse Papel an der Impfungsstelle nach 70 Tagen[1]). Eine zweite Inokulation (1921), die MARZINOSWKI an sich selbst und an mehreren seinen Mitarbeitern vornahm, gab ein kürzere Inkubationszeit (14). Er nimmt sowohl bei der experimentellen als bei der durch natürliche Infektion hervorgerufenen Orientbeule eine durchschnittlich 2 Monate lange Inkubationsperiode an (15).

Aus der russischen ärztlichen Praxis sind uns jedoch Fälle von Hautleishmaniosis mit langer Inkubationsperiode bekannt. Am 6. V. 1923 demonstrierte Dr. KRUPNIKOW in einer Sitzung der Moskauer Dermatol. und Venerol. Gesellschaft in unserer Gegenwart als Fälle mit langer Inkubationszeit zwei an der Orientbeule erkrankte Studenten der Medizin, bei denen die Erkrankung mehr als ein Jahr, nachdem sie Turkestan verlassen hatten, ans Licht trat. In einer Sitzung derselben Gesellschaft zeigte Dr. SSUTEJEW am 6. XI. 1924 einen erwachsenen Mann mit einer Orientbeule an der Hand, bei welchem die ersten Anzeichen derselben erst 14 Monate nach seiner Abreise aus einer endemischen Gegend auftraten. In allen erwähnten Fällen wurde die Diagnose auf mikroskopischem Wege festgestellt und in einem der ersten auch noch durch die Erzielung einer Kultur von L. tropica, deren Stamm noch gegenwärtig im Moskauer Tropeninstitut fortdauert. Möglicherweise bietet die Eigenschaft, lange Inkubation zu bewirken, eine Eigentümlichkeit der russischen (resp. turkestanischen) L. tropica dar. Wie bekannt, nimmt JAKIMOFF (16) in Turkestan selbst die Existenz zweier Varietäten der L. tropica an: Varietas major und Varietas minor.

Fall II. S-ow., 27 Jahre alt, Beamter, aus Nordwestrußland gebürtig. Lebt in Moskau. Erschien am 30. V. 1923 in der Sprechstunde. Außer Malaria hatte er keine besonderen Krankheiten gehabt. Syphilis leugnet er ab. Im Sommer 1922 abkommandiert, lebte er eine Zeit lang im Kaukasus, dann im Juli desselben Jahres im Turkestan, teils in Taschkent, teils in Ashabad. Solange er im Turkestan lebte, bemerkte er auf der Haut keinen Ausschlag. Im August reiste er nach Moskau zurück. Unterwegs sprang er bei einem Eisenbahnunfall aus dem Wagen und bekam an beiden Ellbogen einen Stoß. Die verletzten Stellen waren exkoriiert und geschwollen. Die Geschwulst verging nicht und wurde allmählich größer. Darauf erschienen kleine Geschwüre, die sich mit Borken bedeckten. Jucken oder Schmerz an den erkrankten Stellen empfand er nicht. Bis 1923 ließ er sich nicht behandeln. Im April 1923 wandte er auf ärztlichen Rat hin Quecksilbersalbe an, die bedeutende Besserung bewirkte. Am linken Fuß zeigte sich vor einem Monat ein juckendes Geschwür, das bald aufbrach.

Status praesens. Mittlerer Wuchs, gute Ernährung und Körperbau, ohne besondere Abweichungen von der Norm seitens der inneren Organe und des Nervensystems. Die Milz nicht palpabel. Chronische Prostatitis. Alle Lymphdrüsen etwas vergrößert. Eine besondere Vergrößerung der Ellbogen- und Subaxillardrüsen wird nicht konstatiert. Lymphangoide (außer am linken Fuß) wurden nirgends gefunden. An der Rückseite der Gegend des Ellbogengelenks ist die erkrankte Stelle von ovaler Form, etwa 15 cm der Längsachse der Extremität entlang und 10 cm in der Querrichtung messend. Die

[1]) Bei CASTELLANI und CHALMERS (8) ist irrtümlich gesagt: „nach 10 Tagen".

Digitized by Google

Veränderung der Haut ist hier durch Hyperämie stockenden Charakters und oberflächliche diffuse Infiltration derselben, ohne scharfe Abgrenzung von der umliegenden normalen Haut ausgedrückt. Das Zentrum der erkrankten Stelle nimmt eine braune Borke von $1^1/_2$ cm im Durchmesser ein. Nach Abheben dieser erscheint dünnflüssiger Eiter, spärlich, von grauer Farbe, und es zeigt sich ein wenig tiefes, rundes Geschwür mit reinem Boden und erhabenen walzenförmigen Rändern. Die Schmerzhaftigkeit ist unbedeutend. An der linken Extremität sind die Hautveränderungen denen an der rechten analog und ebenso lokalisiert (Rückseite des Ellbogengelenks). Die erkrankte Stelle ist etwas kleiner — 10×6 cm. In der Mitte ist eine weißlich-gelbe Borke, die gleichsam durch viele kleinere gebildet ist; sie ist dick, trocken, bröcklig. Beim Druck geringe Schmerzhaftigkeit. Am linken Fußrücken in der Gegend des 2. und 3. Metakarpophalangealgelenks konstatiert man eine unregelmäßig geformte, schmutzige Erosion mit einer nach oben abgehenden Lymphangoitis. Die ganze Rückenfläche des Fußes ist stark gerötet, ödematös und schmerzhaft. Diese letztere Ulzeration (Erosion) und die Erscheinungen einer beginnenden Phlegmons des Fußrückens vergingen rasch unter der Einwirkung erwärmender Kompressen und wurde von uns nicht näher untersucht. Aus dem Geschwür am rechten Ellbogen wurden mehrere Mal Ausstriche genommen, Leishmanien wurden aber nicht gefunden. Dagegen fand man in Ausstrichen von Granulationsgewebe aus dem Geschwür am linken Ellbogen, nachdem die Behandluug desselben (Injektion einer Lösung von „Bayer 205“ in die Umgebung des Geschwürs) schon begonnen hatte, veränderte, doch unzweifelhafte L. tropica (Marzinowski). Eiweiß, Zucker, Nierenelemente wurden im Urin nicht gefunden. Die leukozitäre Formel im peripheren Blut — aus dem Finger — zeigte keine merkliche Abweichung von der Norm. Weder Leishmanien noch Malariaplasmodien wurden darin gefunden. Eine einmalige Untersuchung des Blutes auf RW ergab 2+ bis 3+.

Abb. 2.

Trotz der negativen Daten der Analyse des Geschwürs an der rechten Extremität diagnostizierten wir es in Anbetracht der Anamnese, des klinischen Verlaufs und der analogen Veränderungen mit denen des linken Ellbogens ebenfalls als Orientbeule. Die Abwesenheit von Leishmaniaparasiten mußte durch das Alter des Geschwürs und dessen Verunreinigungen erklärt werden. Im Konnex mit der bislang noch ungelösten Frage über die Art des Eindringens der L. tropica in den Organismus des Menschen (und des Hundes) gab uns dieser Fall zu folgenden Betrachtungen Anlaß. Bekannt ist die Tatsache (und vom Standpunkt gewisser Theorien der Übertragung dieser Krankheit erklärbar), daß in endemischen Gegenden als Stelle der Lokalisation des Geschwürs auf der Haut des Kranken häufig irgend eine traumatisierte Partie derselben mit Verletzung der Epidermis dient. „Die geringste Verwundung,“ schreibt Louis Brock (17), „die kleinsten Verletzungen der Haut haben in diesen (endemischen) Gegenden die Tendenz, sich in Boutons d'Orient zu verwandeln.“ Laveran (7) zitiert die Beobachtungen einer Reihe von Autoren, sowohl älterer als auch neuerer (Janselme, Boigey, Mantegazza,

Digitized by Google

Mantorani), wo kleine Schindungen der Haut, Impetigines, pustulöse Akne u. dgl., als Ausgangspunkt für die Entwicklung und Lokalisation einer Orientbeule dienen. Bei Dr. Uffebte (2) erschienen die Geschwüre an den Händen, ebenfalls an exkoriierten Stellen. In den von uns in Moskau beobachteten Fällen sagten manche Kranke bestimmt aus, daß die Orientbeule sich an Stellen mit verletzter Haut gebildet hatte.

Begreiflich ist auch die Bedeutung eines Trauma für die Entwicklung neuer Geschwüre bei mit Leishmaniosis betroffenen Kranken. Hier spielen Hautverletzungen die Rolle einer offenen Tür, durch die der Kranke sich autoinokuliert, indem er das Virus beim Kratzen des Körpers u. dgl. mit den Fingern überträgt (Laveran [7], Castellani und Chalmers [8] u. a.), oder auch wenn man zuläßt, daß die Beule sich durch Metastasen die Lymphgefäße entlang multipliziert (Stancanelli [18] u. a.), einen Locus minoris resistentiae bildet, wo das zirkulierende Virus anhält und seine Tätigkeit entfaltet. In unserem 2. Fall jedoch erschienen die anfänglichen Geschwüre beim Kranken gleichzeitig an den verletzten Stellen, nachdem er die endemische Gegend schon verlassen hatte. Es fragt sich nun, woher an einem nichtleishmaniösen Orte das Leishmaniosevirus kam, als er die verletzten Stellen infizierte und zwei typische Orientbeulen hervorrief? Läßt man zu, daß im Organismus von Warmblütlern (Mensch, Hund) L. tropica als Blutparasit oder vielleicht gleich Treponema pallidum als Gewebeparasit auftritt, so ist diese Frage leicht zu beantworten. Augenscheinlich war der Kranke irgendwie im Turkestan infiziert worden und stellte, nachdem er es verlassen, schon einen Träger des Hautleishmaniosevirus vor. Das Trauma, welches an einer gewissen Stelle die Resistenzfähigkeit der Gewebe herabgesetzt hatte, zeigte dem Virus nur den Weg zur günstigen Entwicklung seiner Tätigkeit — eine aus der syphilidologischen Praxis bekannte Tatsache, wenn ein Trauma bei einem mit latenter luetischer Infektion behafteten Kranken häufig als Ursache des Erscheinens von Syphiliden (Gummata, Tuberkel) an der traumatisierten Stelle auftritt. Eine solche Deutung des beschriebenen Falles ist keineswegs paradoxal. Die Meinung, daß die Hautleishmaniosis eine allgemeine Krankheit des Organismus vorstellt, besteht schon lange. Zu deren Gunsten sprechen viele Tatsachen: die nach einmaliger Überstehung der Orientbeule gewonnene Immunität; Fälle, wo von Neumann (19) und Patton (20) im peripheren Blut L. tropica entdeckt wurde; die während der Inkubationsperiode von Marzinowski (5) und Wenyon (21) an sich selbst vor dem Auftreten der Beule beobachteten Temperaturerscheinungen und allgemeine Unpäßlichkeit.

Unserer Ansicht nach muß dem Moment des Trauma in dem von uns angeführten Fall und in der Pathogenese der Hautleishmaniosis überhaupt eine größere, wo nicht entscheidende Bedeutung zugeschrieben werden. Das Vorhandensein eines intermediären Wirtes, eines stechenden Insekts (Phlebotomus) der L. tropica ist noch bislang hypothetisch. Auch die neuesten Versuche der Gebr. Serjents (22) und Parrot (23) sind nicht ganz beweiskräftig, da, wie Marzinowski (14) richtig bemerkt, es möglich ist, daß die von ihnen beobachteten Hautausschläge durch Leptomonas hervorgerufen wurden, die in der Verdauungsröhre vieler Insekten (unter anderen auch des Phlebotomus) parasitieren und unter

Digitized by Google

gewissen Umständen die Gestalt von Leishmanien annehmen. Die Lokalisation des Bouton d'Orient an unbedeckten Körperstellen spricht ebensowohl für die Theorie eines stechenden Insektes als für die Wassertheorie und für die Bedeutung eines Trauma, da die unbedeckten Körperteile in den heißen endemischen Ländern begreiflich am häufigsten mit dem dortigen Wasser gewaschen werden und verschiedenen äußeren Insulten am meisten ausgesetzt sind.

Außerdem läßt sich noch hinzufügen, daß auch einige andere Dermatosen (Lupus vulgaris, Blastomycosis cutis) „vornehmlich die offenen Körperteile treffen" (24). Diese Krankheiten werden jedoch nicht in einen Konnex mit irgend einem stechenden Insekt gebracht. Nach Finkelsteins (25) Statistik geben die Beobachtungen einiger russischer Autoren folgendes Bild der Lokalisation der Orientbeule:

Prozentualiter auf 1000 Geschwüre.

Körperteile	Heidenreich	Raptschewski	Neuimin	Morochowetz	Tekutjew	Kolpakow	Totalsumme
Fuß und Bein	336,06	315,60	383.00	314	110	443,05	
Vorderarm und Hand	292,53	273,76	266.70	309	430	256,33	
Gesicht	64,16	77,17	67,70	56	340	57,96	
Ohren	9,42	13,20	18,90	4	70	12,03	
Hals	22,39	69,51	58,60	55	—	54,74	
Schulter	20,39	19,69	23,80	8	13	27.68	
Brust	21,70	34,10	37,00	12	—	34,90	
Rücken	16,78	22,95	5,90	16	—	24,07	
Abdomen	49,58	53.10	63,30	43	—	12.03	
Hinterbacke und Kreuz	18,27	32,94	27.50	32	—	8,42	
Schenkel	12,25	32.94	—	—	13	—	
Penis	5,86	6,80	2,30	4	—	8.42	
Lendengegend	98,34	81,98	54.90	52	—	46,93	
Anzahl der Geschwüre	16036	8708	836	4038	74	831	30523
Anzahl der Kranken.	1285	876	83	369	47	242	2402

Aus dieser Tabelle ist ersichtlich, daß die vermeintliche Lokalisation der Orientbeule an den offenen Körperteilen keine sehr beständige ist, daß z. B. die Lendengegend (auf die die Kleidung den größten Druck ausübt!) nicht weniger oft als das Gesicht zur Lokalisationsstelle der Geschwüre dient.

Die erfolgreichen Versuche Boigeys (26) mit Material aus mehr als einem Jahr alten Borken; die positiven Resultate von Laverans (7) Versuchen, Mäuse mit Leishmaniosevirus zu infizieren, welches aus der 179. Generation eines 6 Jahre alten Stammes stammte; die Möglichkeit, eine lebensfähige Generation aus einer Kultur zu erhalten, die 5 (Laveran), sogar 6 (Marzinowski, Moschkowski)[1]) Monate lang nicht umgesät worden war, dies alles zeigt, daß die Resistenz der L. tropica eine ziemlich starke ist. Wir glauben daher, daß, wenn der Parasit in den endemischen Gegenden auf die menschliche Haut entweder mittels Wasser (Wolff und Mulzer [27], Brock [17] u. a.) oder Staub (Mangin [28]) oder auch durch

[1]) Persönliche Mitteilungen.

Digitized by Google

direkte Übertragung von Kranken (Laveran [7], Castellani und Chalmers [8], Stitt [9] u. a.) gerät, bei Abwesenheit eines offenen Einganges in derselben und Unfähigkeit, durch die unverletzte Epidermis zu dringen, er als Hautparasit (Saprophyt) an der Oberfläche der Haut leben bleibt, gleich gewissen bakteriellen und fungösen Mikroorganismen. Eine gelegentliche Verletzung, Zerkratzen der Haut, Reiben der Kleidung, kann, indem sie die Epidermis schädigt und außerdem einen mechanischen Druck ausübt, das Eindringen des Parasiten in die Tiefe des Koriums, d. h. in das Medium, befördern, dessen er bedarf, um sein pathogenes Wesen an den Tag legen zu können. Auf dieselbe Weise wie die oben erwähnten Faktoren (Druck der Kleidungsstücke, Zerkratzen der Haut) begünstigen das Eindringen des auf der Haut parasitierenden Staphylococcus aureus in die Tiefe des Haarfollikels und die Entwicklung von Furunkeln. Wenn man sich streng an die Theorie des intermediären Wirtes — eines stechenden Insekts — hält, so ist es schwer, die Bedeutung eines Trauma in der Pathogenese der Orientbeule zu erklären. Wozu sollten dem Phlebotomus, der einen vorzüglichen Stechapparat besitzt, traumatische Stellen an der Haut nötig sein? In der Literatur ist nirgends auf einen Konnex zwischen einem Trauma der Haut und Erkrankungen an Malaria oder Schlafkrankheit hingewiesen. Die unzweifelhaften Zwischenwirte Anopheles und Glossina brauchen offenbar kein Trauma. In den beiden von uns beschriebenen Fällen ist die partiell-positive WR und im ersten der launische Wechsel der Stellen zwischen WR und SGR bei der ersten und zweiten Untersuchung beachtenswert. Ein Urteil darüber zu fällen, wagen wir nicht. Die Untersuchung wurde im Institut der experimentellen Venerologie von erfahrenen Serologen, Dr. Jaskolko, Leiter der Serol. Abteilung des Instituts (WR), und Frau Dr. Aristowa (SGR), denen ich hier, die Gelegenheit benutzend, meinen tiefen Dank ausspreche, ausgeführt. Leider konnte infolge von von uns unabhängigen Umständen das Blut den Kranken nicht in nüchternem Zustande entnommen werden, was zum Teil das Resultat der Reaktion beeinflußt haben mochte. Auch die Möglichkeit des Vorhandenseins von latenter Lues ist nicht ausgeschlossen, besonders wenn man bedenkt, daß bei beiden Kranken eine allgemeine (wenn auch mäßige) Vergrößerung der Lymphdrüsen konstatiert wurde. Jedenfalls sind wir nicht geneigt, das partiell-positive Resultat in Abhängigkeit vom Leishmanioseprozeß zu bringen. Unter 15 von uns im Laufe des vorigen Jahres beobachteten Fällen von Hautleishmaniose, bei denen das Blut untersucht wurde, wurde außer in den hier beschriebenen Fällen nur noch in einem positive (partielle) WR erhalten, und in diesem Falle (ein junger Militärsmann) konnte eine verborgene luetische Infektion mit Sicherheit auch nicht ausgeschlossen werden. Die übrigen 12 Fälle gaben eine negative Reaktion. Unter diesen war eine ganze Familie (3 Personen), die an multiplen Geschwüren litten. Bei allen wurde sowohl WR als SGR negativ erhalten. Wie aus de Arêa-Leaos (29) Arbeit ersichtlich ist, wird auch von den verschiedenen Formen der amerikanischen Leishmaniosis (Espundia), wenn dabei Syphilis fehlt, negative WR erhalten.

Was die Behandlung betrifft, so wurde im ersten Fall bei Abwesenheit jeglicher äußerer Therapie der Kranke ziemlich rasch durch intra-

Digitized by Google

muskuläre Injektionen eines unlöslichen Bismutpräparats (Bijochinol — ein russisches Präparat —, eine Bismutjodchininverbindung) hergestellt, was in einer Sitzung der Konferenz der wissenschaftlichen Mitarbeiter des Staatl. Venerol. Instituts am 21. VIII. 1924, wo wir den Kranken demonstrierten, konstatiert wurde. Der zweite Kranke unterbrach bald die begonnene Behandlung („Bayer 205"), und wir wissen nur, daß ungefähr nach 4 Monaten die Geschwüre von selbst vernarbten.

Resümee. I. Es wurde ein Fall von mikroskopisch festgestellter Hautleishmaniosis mit einer nicht weniger als ein Jahr dauernden Inkubationsperiode beschrieben. Es wurde darauf hingewiesen, daß in der ausländischen Literatur eine so lange Inkubationszeit nirgends erwähnt wird, während dagegen in der russischen Praxis solche Fälle vorgekommen sind. Es wurde die Vermutung ausgesprochen, daß dies von besonderen Eigenschaften der russischen turkestanischen L. tropica abhängen dürfte. Erfolgreiche Behandlung mit Bismut.

II. Es wurde ein Fall beschrieben, wo bei einem Mann, der die endemische Gegend ohne irgend welche Ausschläge an der Haut verlassen hatte, durch eine zufällige Verletzung beider Ellbogen an der Stelle derselben sich zwei Orientbeulen entwickelten. Behufs Deutung dieser Tatsache als auch der von vielen Autoren beobachteten Lokalisation der Orientbeule an traumatisierten und verletzten Stellen der Haut wurde die Vermutung ausgesprochen, daß L. tropica möglicherweise einen Hautparasiten (Saprophyten) vorstellt, und daß das Trauma sein Eindringen in die Tiefe des Koriums begünstigt, oder daß die Orientbeule endogenen Ursprungs sei. In beiden Fällen und noch in einem Fall erhielt Verfasser partiell-positive WR und SGR. In den 12 übrigen Fällen war die Blutreaktion negativ.

Literatur.

1. M. Treston, The Lancet, 1921, S. 270. — 2. L. Uffreth und G. Pellier, Ann. de Derm. et de Syph., 1913, Nr. 2. — 3. P. Manson, Tropical diseases, 1914, S. 217. — 4. Zit. nach Laveran (7). — 5. E. Marzinowski, Die Ätiologie der Orientbeule, 1909, Moskau (Dissertation, russisch). — 6. P. Manson. J. of tropical medicine, 1907, Bd. 10, S. 17. — 7. A. Laveran, Leishmanioses, 1917, S. 325. — 8. A. Castellani und A. Chalmers, Manual of tropical medicine, 1919. S. 2169—2171. — 9. E. Stitt, The diagnostics and treatment of tropical diseases, 1919, S. 103, Philadelphia. — 10. R. Lambert, J. Am. m. Ass., 1923, Nr. 14. — 11. C. Wenyon, J. Lond. School of trop. med., 1912, S. 224—225, Juli. — 12. W. Patton, Brit. m. J., 1912, Nr. 50. — 13. M. Boullirz, Bull. soc. path. exot., 1917, Bd. 10, Nr. 1. — 14. E. Marzinowski und A. Schtschurenkowa, Russ. Journ. für tropische Medizin, 1924, Nr. 2 (russisch). — 15. E. Marzinowski, Medizinische Mikrobiologie, 1912, S. 53 (russisch). — 16. B. Jakimoff, Wissenschaftliche Arbeiten der Expedition zum Studium der Tropenkrankheiten der Menschen und Tiere im Turkestan, 1915, S. 267 (russisch). — 17. L. Brock, Precis Atlas de pratique dermatologique, 1921, S. 263. — 18. P. Stancanelli, Giorn. ital. delle mal. vener., 1923, Nr. 1. — 19. R. Neumann, Zbl. f. Bakt., 1909, H. 4. — 20. W. Patton, zit. nach Laveran (7). — 21. C. Wenyon, J. Lond. School of trop. med., 1913, April. — 22. Ed. und Et. Sergents, L. Parrot, A. Donatien und M. Béguet, C. Rend. Acad. Scienc., 1921, Bd. 173, S. 1030. — 23. L. Parrot, C.-Rend. Soc. Biolog., 1919, S. 442. — 24. A. Pospeloff, Lehrbuch der Hautkrankheiten, S. 359 und 368 (russisch). — 25. Zit. nach Jakunoff, nach welchem auch die Tabelle zusammengestellt ist. — 26. Boigey, Arch. génér. de méd., 1907, Nr. 9. — 27. A. Wolff und P. Mulzer, Lehrbuch der Hautkrankheiten, 1917, S. 328. — 28. Mangin, Bull. soc. path. exot., 1924, Nr. 5. — 29. A. de Arra-Leao, Mem. do Inst. Osw.-Cruz., 1922, Bd. 15, S. 209 (ref. Bull. l'Inst. Pasteur, 1924, Nr. 9).

Digitized by Google

Aus der dermatologischen Abteilung des Rotschild-Hospitals der „Hadassah Medical Organisation“ Jerusalem.

Zum Wesen und zur Behandlung des Ulcus rodens.

Von

Dr. Dostrovsky, Leiter der Abteilung [1]).

Das Ulcus rodens nimmt zwischen den malignen Neubildungen der Haut eine besondere Stellung ein, die auf Eigentümlichkeiten seines Verlaufes und histologischen Besonderheiten seiner Struktur beruhen. Was das Ulcus rodens speziell auszeichnet neben seinem langsamen Verlaufe und der relativen Seltenheit von Metastasierung, ist die Erscheinung der spontanen Heilung. Wir sehen nämlich, daß während sich auf der einen Seite das Ulkus epithelisiert und narbig heilt, auf der anderen Seite neues Gewebe zerstört wird, das Ulkus also weiter kriecht. Wir haben nebeneinander Reparation und Zerstörung. Ein Bild ähnlich dem bei Lues und Lupus, den sogenannten infektiösen Granulationsgeschwülsten. Diesen Bildungen, die meist der Ulzeration verfallen, liegt ein Gewebe zugrunde, dessen Elemente sich um den Fremdkörper (Erreger der Krankheit) scharen, ihn vom übrigen Gewebe trennen. In dieser Weise ist ein Granulom, eine Art chronisch-entzündliches Gewebe entstanden. Ein solches Gebilde kann als mißlungener Versuch zur Reparation seitens des Organismus gedeutet werden. Die chronische Entzündung leitet sozusagen die unvollständige Reparation ein. Daher kommt wohl das Aussehen der luetischen Geschwüre, die einerseits narbige Heilung, andererseits weiteres Fortschreiten aufweisen (nierenförmige gummöse Geschwüre).

Die Histologie des Ulcus rodens zeigt, daß auch hier eine Entzündung (in vielen Fällen nur eine spärliche, nur angedeutete) neben der Wucherung der Zellen vorliegt. So gibt Jadassohn (im Darierschen Grundriß der Dermatologie) an, daß das Gerüst des Basalzellenepithelioms, „rundzellig infiltriert reich an Bindegewebszellen“ ist. Friboes bemerkt in seiner Histopathologie der Haut, daß das Bindegewebe des Tumors „stets sehr zellreich“ ist und man außerdem noch „reichlich mononukleäre Lymphozyten und auch Plasmazellen findet“. Auf diese Erscheinungen der chronischen Entzündung ist eben die narbige Umwandlung größerer oder kleinerer Teile des Ulcus rodens zurückzuführen. Man bezweifelt daher die Zugehörigkeit des Ulcus rodens zu den sogenannten wahren Epitheliomen, bei welchen es sich um Anhäufung und Wucherung be-

[1]) Der Autor erwähnt in einem Schreiben an die Redaktion, daß ihm die einschlägige Literatur nur spärlich zur Verfügung gewesen sei. So erklärt sich, daß er zur Bearbeitung seiner therapeutischen Erfolge die grundsätzliche Scheidung der Hautkarzinome in basalzellige und stachelzellige nicht genügend heranzieht. In der Bearbeitung des Hautkrebses innerhalb der jüngst erschienenen Klinik der bösartigen Geschwülste des Menschen von Payr u. Zweifel (S. Hirzel, Leipzig) findet sich das einschlägige auch therapeutische Wissen zusammengefaßt. Delbanco.

Digitized by Google

stimmter Zellen handelt, die aber im Körper keine Reaktion im Sinne einer Entzündung hervorrufen. Jesionek erklärt auf Grund der Heilungstendenz und vorhandenen Zeichen einer Entzündung das Entstehen des Ulcus rodens folgendermaßen: irgendein der Außenwelt entstammendes chemisches Agens dringt in die Epithelzellen hinein und verändert so den Biochemismus der Zellen, daß sie in Wucherung geraten — die Epithelzellen fallen in das Stadium der ektodermalen Keimzellen zurück. Das umgebende Gewebe reagiert auf das fremde Agens mit einer Entzündung. Es wäre also an eine infektiöse Ätiologie des Ulcus rodens zu denken. Liegt nun diese oder eine andere Ursache dem Ulcus rodens zugrunde, eines ist klar, daß der Neubildung selbst ein wichtiger Faktor zur Heilung innewohnt. Den von dem Organismus selbst eingeleiteten Abwehrmechanismus (und sei er noch so schwach angedeutet) zu beeinflussen, die Neigung zur Selbstheilung irgendwie zu steigern, mußte somit das Bestreben unserer Therapie werden.

Die einfachste und radikalste Behandlung ist wohl die chirurgische, die aber nicht immer aus topischen und kosmetischen Gründen möglich ist. Die Röntgen- und Radiumtherapie geben sehr schöne Resultate, aber sind nicht immer und überall auszuführen.

Die Ätzmethoden müssen daher auch noch jetzt einen Platz in unserer Therapie behalten. Die meisten Ätzsalben sind aber schmerzhaft, ihre Anwendung umständlich und unsicher. Wir suchten daher auf einem anderen Wege der Geschwulst beizukommen, indem wir, ohne die Neubildung selbst durch Verätzung zum Schwinden bringen zu wollen, den in ihr schon vorhandenen Entzündungsfaktor zu verstärken uns bemühten.

Die CO_2-Vereisung schien für diesen Zweck geeignet zu sein. Bei dieser Methode läßt sich die Intensität der Einwirkung ziemlich leicht dosieren. Wir bekommen verschiedene Grade der Reaktion, von einem leichten Erythem bis zur Nekrose der behandelten Stelle je nach der Dauer der CO_2-Applikation und je nach der Stärke der Kompression des CO_2-Schneestiftes. Da wir von dem Gedanken ausgingen, daß eine passend eingeleitete Entzündung schon die Reparation zustande zu bringen vermöchte, wandten wir eine solche Dosierung an, die uns eine Reaktion der Haut etwa wie eine Verbrennung I.—II. Grades gab.

Es wurden im ganzen 6 Patienten mehr oder weniger systematisch nach dieser Methode behandelt, deren Krankengeschichten folgen:

Fall 1. Krankengeschichte Nr. 273.

Ein 66jähr. Pat. hat seit 2 Jahren ein Geschwür an dem rechten Nasenaugenwinkel von etwa 0,5 cm Größe. Das mit einer hämorrhagischen Kruste bedeckte Geschwür liegt in der Mitte einer bläulich glänzenden Infiltration von derber Konsistenz. Die Nasenseite der Effloreszenz besteht aus Narbengewebe.

Diagnose: Carcinoma cutis. Histologischer Befund lautet: Basalzellenkarzinom. Der Pat. bekam am 23. VIII. 22 CO_2-Applikation 25 Sekunden. Am nächsten Tage starkes Ödem und Rötung der Umgebung, Eiterung. Behandlung wie bei Verbrennung. 30. VIII. 22 Verkleinerung des Ulkus, gute Granulationen. 7. IX. 22 CO_2-Applikation 25 Sekunden. 8. IX. 22 Ödem, Rötung, das Ulkus vergrößert. 14. IX. 22 sehr flaches, seichtes Ulkus, gute Granulationen. 20. IX. 22 Geschwürgröße noch etwa ein Drittel der früheren Größe, gute Granulationen. Rundherum bläulicher frischer Epithelsaum. 13. X. 22 das Ulkus geschlossen, guter Epithelüberzug. 23. X. 22 seichte Narbe über dem gewesenen Ulkus. Nach einem Jahre 20. VII. 23 erschien der Pat. mit einem kleinen Ulkus (etwa $^1/_2$ cm von dem gewesenen Ulkus entfernt), das von einer hämor-

Digitized by Google

rhagischen Kruste bedeckt ist (histologischer Befund: [Prof. JADASSOHN, Breslau], Basalzellenepitheliom). Auch dieses wurde in zwei Sitzungen zur Epithelisation gebracht. Seitdem (schon ein $^1/_2$ Jahr) bei dem Pat. keine Erscheinungen.

Fall 2. Krankengeschichte Nr. 247.

Bei einer 50jähr. Pat. am Gesicht eine Ulzeration seit 7 Jahren. Vor 3 Jahren eine Operation dieses Geschwüres ohne Dauererfolg. Von der Ala nasi sinistra auf die linke Wange hinüberziehend ein Geschwür 1 cm breit, $1^1/_2$ cm lang, viereckig, zackig, mit eitrighämorrhagischer Kruste bedeckt. Die Wangenseite bläulich verfärbt, glänzend, narbig. Die Nasenseite zeigt Progredienz. Das Geschwür hart, ziemlich tief, mit faulen Granulationen bedeckt.

Diagnose: Ca. cutis. Histologischer Befund (Prof. ERDHEIM, Wien): Hautkarzinom. (Der Besonderheit des Befundes halber übergebe ich den Befund im ganzen). „Die mikroskopische Untersuchung des übersandten Materiales ergibt ein verhornendes Plattenepithelkarzinom, welches stellenweise starke Anaplasie der Zellen aufweist. Dies beweist, daß die Geschwulst über dem Durchschnitt von Hautkarzinom maligen ist, das Stroma stark entzündet."

Die Pat. bekam anfangs 3 CO_2-Applikationen (1. 15 Sekunden, 2. 10 Sekunden, 3. 10 Sekunden) vom 14. X. 23 bis 6. XII. 23. Nach jeder Applikation Schwellung und Rötung. Am 16. XII. 23 gute Epithelisation, keine Ulzeration. Der Epithelüberzug noch sehr dünn. 30. XII. 23 an Stelle des Ulkus glatter narbiger Überzug, der etwas unter dem Niveau der übrigen Haut liegt. 16. XII. 23 status idem. Vorsichtshalber noch eine CO_2-Applikation 10 Sekunden.

Fall 3. Krankengeschichte 1924.

Eine 40jähr. sonst gesunde Frau bemerkte seit 6 Monaten neben dem rechten Auge ein Geschwür, das trotz ärztlicher Behandlung nicht heilte. Befund am 15. VI. 23: An der rechten Nasenseite der Nasoorbitalfalte angrenzend eine Effloreszenz 6 mm $\times$ 3 mm groß mit der Längsachse zum inneren Augenwinkel. Die Effloreszenz ragt über das Niveau der Haut, glänzt perlmutterartig, von härterer Konsistenz, verschiebbar. In der Mitte etwas exzentrisch unter dem Niveau der ganzen Effloreszenz eine hämorrhagische Kruste. Unter der Kruste gelblichrote schwache Granulationen, spärliches Serum. Die Nasenseite der Ulzeration weist eine narbige Halbinsel auf, so daß die Ulzeration eine Progredienz nach außen zeigt.

Diagnose: Ca. cutis. (Aus kosmetischen und anderen Motiven keine Biopsie.) Die Pat. bekam 3 CO_2-Applikationen (1. 15 Sekunden, 2. 15 Sekunden, 3. 10 Sekunden), die zur vollständigen Deckung der Ulzeration führten. Ein Schreiben der Pat. vom 31. XII. 23 berichtet über „schöne Haut an Stelle der gewesenen Ulzeration".

Fall 4. Krankengeschichte Nr. 10184.

Seit einigen Jahren Geschwür an der Nase. Pat. wurde deswegen operiert. Operation mißlungen. 7. IV. 21: Pat. sonst gesund. sieht älter aus, als ihren Jahren entspricht. Am Übergange vom knöchernen Teile der Nase auf den knorpeligen Teil ein Geschwür im Niveau einer Infiltration, flach, keine Heilungstendenz. Der Rand gegen die Nasenspitze aufgeworfen. Das Ulkus von derber Konsistenz, schwer verschiebbar (leicht adhärent).

Diagnose: Ca. cutis. Die Pat. bekam eine CO_2-Applikation, 15 Sekunden. Am nächsten Tage Schwellung und Rötung des Ulkus, starke Eiterung. Pat. (eine unintelligente Frau) kommt erst nach 10 Tagen. Das Geschwür ist mit einem guten neugebildeten Epithelsaum umgeben. Die vorgeschlagene weitere CO_2-Behandlung lehnte die Pat. ab. Im Oktober 1921 ergab die histologische Untersuchung (Prof. ERDHEIM): Basalzellenkarzinom, 24. VIII. 22 Pat. wiederum erschienen, eine CO_2-Applikation, 15 Sekunden. 1. IX. 22 Rötung, Schwellung, Eiterung. 7. IX. 22 eine gewöhnliche mit guten Granulationen bedeckte Wunde. Weitere CO_2-Applikationen verweigert.

Fall 5. Krankengeschichte Nr. 10306.

60—70jähr. Pat. hat seit 2—3 Jahren an der Stirne rechts zwei flache ovale Ulzerationen mit unregelmäßigen Rändern, Halbinseln aus narbigem Gewebe, schwachen atrophischen Granulationen. Die Umgebung nicht entzündlich. Die Ulzerationen von harter Konsistenz, auf der Unterlage verschieblich. Keine regionären Drüsen. Am Gesicht einige senile Warzen.

Diagnose: Ca. cutis. Histologischer Befund (Prof. ERDHEIM) Basalzellenepitheliom. Die Pat. bekam im Oktober bis November 1921, 4 CO_2-Applikationen: 1. 20 Sekunden, 2. 15 Sekunden, 3. 10 Sekunden, 4. 10 Sekunden. Die 1. und 2. Applikation rufen ein starkes Ödem hervor. Die Wunden sezernieren reichliches Sekret. Nach der

Digitized by Google

3. Applikation gut epithelisierende Wunde, fast geschlossen. Zur Zeit der 4. Applikation die gewesene Wunde mit einem dünnen Epithel überzogen. Nach der 4. Applikation eine etwas eingesunkene glatte Narbe. Im Mai 1923 status idem.

Fall 6. Krankengeschichte Nr. 244.

Eine 42 Jahre alte an Struma leidende Frau zeigt in dem rechten Nasenaugenwinkel ein seichtes Geschwür auf der Höhe eines leichten Infiltrates. Die Effloreszenz scharf von der Umgebung abgegrenzt, ziemlich hart auf der Unterlage verschieblich, von eigentümlichem Glanz und gelblichbläulicher Farbe. Die Ulzeration samt dem Infiltrat etwa 0,5 cm groß. Die Wunde mit einer seröshämorrhagischen Kruste bedeckt.

Diagnose: Ca. cutis. (Biopsie abgewiesen.) Die Pat. bekam vom 12. X. 23 bis 30. XI. 23 3 CO_2-Applikationen (1. 15 Sekunden, 2. 10 Sekunden, 3. 10 Sekunden), die zur vollständigen narbigen Deckung des Ulkus führten. Kontrolle 9. XII. 23, glatte Narbe.

In allen behandelten Fällen brachte die CO_2-Applikation sichtlich neues Leben in das Aussehen der Ulzera. Schon eine einzige Applikation genügte sogar bei der unregelmäßig zur Behandlung erschienenen Pat. (Fall 4), um einen Umschlag des atrophischen Ulkus in ein Geschwür mit guten Granulationen und frischem Epithelsaum hervorzurufen.

In 3—4 CO_2-Applikationen läßt sich ein torpides Ulcus rodens zur Epithelisation bringen.

Besonders interessant ist Fall 2. Die Lokalisation am Nasenflügel hatte zur Folge, daß das Gewebe fast bis zum Knorpel zerstört wurde und unser Chirurg einen operativen Eingriff wegen der unsicheren plastisch-kosmetischen Aussichten nicht gerne unternehmen wollte. Die histologische Untersuchung zeigte hier eine für die Hautkarzinome besondere Malignität, aber der Befund enthielt folgende Bemerkung: „das Stroma stark entzündet". Wäre denn nicht daran zu denken, daß eben dieser entzündliche Faktor derjenige war, den die Therapie sich zunutze machte? Wie wäre es denn sonst zu erklären, daß trotz dem langen Bestehen des Ulkus durch 3 CO_2-Applikationen eine vollständige Epithelisation erzielt wurde? Prinzipiell ist es hier, meiner Ansicht nach, nicht so wichtig, daß der Fall ja noch immer rezidivieren kann. (Die Pat. ist noch unter Beobachtung). Das klinische Bild einer Destruktion entspricht den gefundenen histologischen Veränderungen (starke Anaplasie), die keinen Zweifel über die maligne Art des Geschwüres lassen. Es läßt sich daher nicht leugnen, daß in diesem Falle die Malignität aufgehoben wurde.

Die nicht spezifische, eine einfache Entzündung auslösende Kraft der CO_2-Applikation hat die Verhältnisse im Ulkus normalisiert, insofern das Hautkarzinom in eine fast banale Läsion der Haut mit normaler Tendenz zur Epithelisierung umgewandelt wurde.

Die Dosierung war verhältnismäßig eine derart kleine, daß man ihr keine Ätzwirkung (auf den vermeintlichen Erreger oder wenn man will auf die embryonalen Keimzellen) zuschreiben kann. Die CO_2-Wirkung ist wahrscheinlich nur als Aktivator der natürlichen Schutzkräfte zu betrachten, die im Ulcus rodens vorhanden sind und in Form von partieller Heilung nur träge zum Vorschein kommen.

Literatur.

Darier, Grundriß der Dermatologie. — Jesionek, Die Biologie der gesunden und kranken Haut. — Friboes, Histopathologie der Haut.

Digitized by Google

Eitererreger und Hautallergie im chronischen Ekzem[1]).

Von

Dr. E. Rajka in Budapest.

Die wertvolle Arbeit von Walter bestätigt unsere Befunde über die durch pyogene Mikroorganismen geweckte Hautallergie. Der einzige Unterschied zwischen seinen Befunden und den meinigen scheint darin zu bestehen, daß er bei chronischen Ekzemen diese Allergie durchwegs vermißte. Dagegen konnte er sie stets nachweisen, „wo Eitererreger unbestreitbar die Hauptrolle spielen". Um eventuellen Mißverständnissen vorzubeugen, halte ich es für angebracht, unseren Standpunkt noch einmal zu präzisieren. Es scheint nämlich seiner Aufmerksamkeit entgangen zu sein, daß auch wir auf diesen Punkt, d. h. auf die Mitwirkung der pyogenen Keime, das Hauptgewicht gelegt haben. Von der genauen klinischen Beschreibung der Ekzemfälle haben wir abgesehen und nur hervorgehoben, daß die lichenisierten, trockenen und Dermatitis-arteficialis-artigen Ekzemfälle keine derartige Allergie aufweisen. Wir haben geschrieben: „Die Mitwirkung der pyogenen Mikroorganismen bei der Entstehung des Ekzems ist verschieden. Es gibt Fälle, in denen die wiederholte Wirkung der chemischen und physikalischen Reize im Vordergrund steht und die Tätigkeit der pyogenen Mikroorganismen eine minimale ist; in anderen Fällen wieder zeigt schon das klinische Aussehen der ekzematösen Hautveränderungen, daß die pyogenen Mikroben bei ihrer Entstehung lebhaft teilnahmen. Zwischen diesen zwei Extremen bewegt sich der Entstehungsmechanismus des Ekzems, und demzufolge wechselt von Fall zu Fall der Grad der Allergie. In den Fällen, wo die Rolle der pyogenen Mikroorganismen gering ist, ist die Allergie kaum, oder gar nicht nachweisbar." (Arch. f. Derm., 1922, Bd. 141, S. 40.) Des weiteren: „Pyogene Mikroorganismen der Haut können eine oberflächliche, eitrige Entzündung (Impetigo) hervorrufen. Die ständige Einwirkung der Bakterien führt nach einiger Zeit zur Allergie der Haut. Auf dieser überempfindlich gewordenen Haut entsteht dann durch Beigesellung chemisch-physikalischer Reize eine Entzündung vom Typus des Ekzems. Es besteht sogar die Möglichkeit, daß unter diesen Verhältnissen allein durch wiederholtes Eindringen von pyogenen Mikroorganismen in die Epidermis der allergisch gewordenen Haut eine ekzematiforme Entzündung entsteht. Dieser Mechanismus der Entstehung der ekzematiformen Entzündung kommt besonders bei der Impetigo eczematiformis (Török) vor." (Kl. W., 1923, Jg. 2. S. 2240.)

Es ist demnach kaum zu bezweifeln, daß auch beim Ekzem pyogene Keime mitwirken können, nur treten sie teilweise in sekundärer Weise, oder gleichzeitig mit den chemisch-physikalischen Einwirkungen auf. Andere Fälle — das sind die von Török beschriebenen Impetigo-eczematiformis-Fälle (Derm. W., 1923, Bd. 76, S. 13) — gehören nicht zum Ekzem. Die Bakterien-Allergie kann natürlich bei allen diesen Formen bestehen, nur gelingt ihr Nachweis mit der von uns angewendeten Methode vorzüglich in den Fällen, wo die Teilnahme der pyogenen Mikroorganismen eine ausgesprochene ist. Es ist aber die Möglichkeit vorhanden, daß mit der Verfeinerung der Untersuchungsmethoden in all denjenigen Ekzemfällen eine ähnliche veränderte Reaktionsfähigkeit der Haut ausfindig gemacht wird, bei welchen überhaupt pyogene Keime an der Pathogenese teilnehmen. Es besteht ein Parallelismus zwischen dem serologischen Befund und der Zweiteilung des Ekzems durch Török, welche er auf Grund klinischer Untersuchungen durchgeführt hat und auf Grund welcher er die impetiginoiden, d. h. vorzüglich durch pyogene Mikroorganismen verursachten Fälle aus der Klasse des Ekzems ausgeschieden und als Impetigo eczematiformis bezeichnet hat. Fälle dieser Art sind es in erster Reihe, welche (bisher zum Ekzem gerechnet) die Bakterien-Allergie zeigen, die eigentlichen Ekzemfälle vom Typus der Dermatitis arteficialis dagegen nicht. Auf Grund dieser Darstellung verschwindet der Gegensatz, der zwischen den Feststellungen von Walter und den meinigen zu bestehen scheint.

[1]) Bemerkungen zur obigen Arbeit von Dozent Fr. Walter in dieser Wochenschr., 1925, Bd. 81, Nr. 27.

Digitized by Google

Aus der Dermatologischen Universitätsklinik in Okayama (Japan).

Über die Vorbeugung der Salvarsanschäden.

Von

Dr. Shigo Minami.

Zur Vorbeugung der Salvarsanschäden wurden schon vielfach Methoden beschrieben. Ich habe bei Mäusen verschiedene derselben nachgeprüft und einige gute Resultate gefunden.

A. Tierversuche.

Ich verwandte ein japanisches Neosalvarsanpräparat, Normalneotanvarsan, welches 30% Arsenik enthält und über dessen guten Wirkungen einige Male schon in Japan berichtet wurde. Bei der Injektion des Salvarsans in verschiedenen Lösungen habe ich sie aufs Geratewohl, ohne auf ihre chemischen Zusammensetzungen nach der Mischung zu achten, angewandt. Natürlich kann das Lösungsmittel selber mitunter toxisch auf Mäuse einwirken. Je 1 ccm der Lösung wurde pro 10 g den Mäusen intraperitoneal eingespritzt, und bei hypertonischen Lösungen ebenfalls. Dies ist manchmal etwas viel; aber man kann es vernachlässigen, da doch den Salvarsanschäden vorgebeugt werden muß. Der Verlauf wurde lange beobachtet, aber hier will ich nur die Resultate bis zum dritten Tag nach der Injektion verzeichnen.

1. Toxizität des Normalneotanvarsans.

Die letale Dose bei Mäusen mit meinem Präparate wird in der Tabelle I gezeigt. In der Verdünnung 1 : 400 sterben die Mäuse fast ohne Ausnahme in 24 Stunden. Nebenbei habe ich Normalneotanvarsan mit deutschem Neosalvarsan verglichen; die Toxizität des ersteren ist nicht höher als die des letzteren.

2. Die Injektion des Normalneotanvarsans in der Traubenzuckerlösung.

Traubenzuckerlösungen der Verdünnung von 5—50% selbst sind nicht toxisch für Mäuse (je 1 ccm pro 10 g). Dann habe ich Normalneotanvarsan in verschiedenen Verdünnungen des Zuckers den Mäusen intraperitoneal (je 1 ccm pro 10 g) injiziert (Tabelle II). Je höher die Konzentration des Zuckers steigt, desto stärker wird die Toxizität des Salvarsans. Wahrscheinlich ist dies auf die osmotischen Verhältnisse zurückzuführen. Außerdem habe ich einigemal bei Kaninchen Normalneotanvarsan in 5—10%igen Zuckerlösungen intravenös injiziert, aber die Toxizität war fast dieselbe wie bei der Injektion in Kochsalzlösung (0,4%).

Digitized by Google

Tabelle I. Toxizität von Normalneotanvarsan.
(0 lebend, † tot.)

Nr.	Körpergewicht	Verdünnung der Lösung	2. Stunde nach der Injektion	5. St.	10. St.	24. St.	48. St.
1	16,3	1:500	0	0	†		
2	16.3	in 0,6%iger NaCl	0	0	0	0	0
3	14,4		0	0	0	0	0
4	14,0		0	0	0	0	0
5	16.3		0	0	0	0	0
6	15,3		0	0	0	0	0
7	16,7		0	0	†		
8	7,7		0	0	0	0	0
9	19,0		0	0	0	0	0
10	16,2		0	0	0	0	0
1	14,7	1:400	0	†			
2	14,1	in 0,6%iger NaCl	0	0	0	0	0
3	15,0		0	†			
4	15.5		0	0	0	†	
5	15.1		0	0	†		
6	17.9		0	0	†		
7	16,5		0	0	0	†	
8	17,0		0	0	†		
9	14.9		0	0	†		
10	17,6		0	0	†		
1	11.6	1:400	0	†			
2	15,5	in 0,4%iger NaCl	0	†			
3	12,1		0	0	†		
4	11.0		0	0	†		
5	10,1		†				
6	10,1		†				
7	11.8		0	†			
8	13.1		0	0	†		
9	14,1		0	†			
10	12,0		0	†			
11	12.7		0	0	†		
12	11.9		0	0	0	†	
13	10,8		0	0	†		
14	10,6		0	†			
15	8,2		0	†			
16	9,85		0	†			
17	9,15		0	†			
18	13,3		0	†			
19	12,5		0	0	†		
20	12,1		0	0	†		

Die Injektion von Salvarsan in hypertonischen Zuckerlösungen scheint also ziemlich gefährlich zu sein, wenn es auch etwas stärker als die Injektion in der gewöhnlichen Kochsalzlösung spirochätozid wirkt, was Pranter (6), Stejskal (10), Steinberg (9), Weitgasser (13) u. a. betonten. Ich habe einmal bei einem Kranken, der keine Nebenerscheinungen nach der gewöhnlichen Salvarsaninjektion hatte, dieselbe Dose von Salvarsan in 20%iger Zuckerlösung (15 ccm) injiziert, und der Pat. litt danach an Kopfschmerzen, Erbrechen, Nausea usw. Ich (4) habe zahlreichen Pat. Salvarsan in 5—10%igen Zuckerlösungen injiziert und bisweilen durchaus keine Verringerung der Nebenerscheinungen gesehen.

Digitized by Google

Tabelle II. Versuch der Injektion von Normalneotanvarsan in Traubenzuckerlösung.

(0 lebend, † tot.)

Nr.	Körpergewicht	Lösung	2. Stunde nach der Injektion	5. St.	10. St.	24. St.	48. St.
1	6,4	1:450	0	0	0	0	0
2	6.2	in 0,4%iger NaCl	0	0	0	0	0
3	15,2		0	0	0	0	0
4	6,5		0	0	0	0	0
5	7.5		0	0	0	0	0
6	6,7		0	0	0	0	0
7	5,4		0	0	0	0	0
1	6,7	1:450	0	0	0	0	0
2	7,1	in 10%iger	0	0	0	0	0
3	6,1	Zuckerlösung	0	0	0	0	0
4	6,6		0	0	0	0	0
5	10,6		0	0	0	0	0
6	6.8		0	0	0	0	0
7	7,5		0	0	0	0	0
1	7,1	1:450	0	0	0	0	0
2	6,9	in 20%iger	0	0	0	0	0
3	14.5	Zuckerlösung	0	†			
4	16.5		0	0	0	0	0
5	15.3		†				
6	5.4		0	0	0	0	0
7	8,6		0	0	0	0	0
1	19,2	1:450	0	0	0	†	
2	12,2	in 50%iger	†				
3	7.4	Zuckerlösung	0	0	0	0	0
4	6,9		0	0	0	0	0
5	12,7		0	0	0	0	0
6	5.3		0	0	0	0	0
7	17,7		0	0	0	†	
1	8,0	1:400	0	†			
2	7,5	in 5%iger	0	0	0	†	
3	8,5	Zuckerlösung	0	0	0	0	0
4	7,8		†				
5	11,2		0	†			
6	8,1		0	0	0	†	
7	11,6		0	†			
1	10,1	1:400	0	0	†		
2	12,5	in 10%iger	†				
3	10,7	Zuckerlösung	0	†			
4	13,1		†				
5	12.2		0	0	†		
6	10,8		0	0	†		
7	15,2		†				
1	11,0	1:400	†				
2	15.7	in 20%iger	†				
3	11.3	Zuckerlösung	†				
4	11,0		†				
5	12.0		†				
6	9,5		†				
7	14,8		†				

Digitized by Google

Nr.	Körpergewicht	Lösung	2. Stunde nach der Injektion	5. St.	10. St.	24. St.	48. St.
1	8,7	1:400	†				
2	13,2	in 50%iger	†				
3	8,8	Zuckerlösung	†				
4	8,5		†				
5	11,0		†				
6	10,5		†				
7	11,5		†				

(Schluß folgt.)

J. A. Fordyce

Am 4. Juni 1925 ist Dr. John Addison Fordyce nach nur kurzer Krankheit gestorben, einige Tage vor seiner seit Monaten beabsichtigten Reise zum Besuch deutscher und österreichischer Freunde, und um in Karlsbad die langentbehrte Erholung zu finden. Mit Fordyces Tod haben nicht nur seine Klinik, seine Patienten und seine Mitarbeiter einen unersetzlichen Verlust erlitten, sondern weit über die Grenzen seines eigenen Vaterlandes hinaus wird man die Lücke, die sein Tod in die Reihe der prominenten Dermatologen gerissen hat, schmerzlich empfinden.

Fordyce ist in Guernsey County, Ohio, am 16. Februar 1856 geboren; väterlicherseits führt sein Stammbaum nach Schottland, mütterlicherseits auf deutsche Vorfahren zurück.

Fordyces medizinische Ausbildung begann in Amerika, wo er 1878 Adrian College in Adrian, Michigan, verließ, um im Jahre 1881 seinen medizinischen Doktorgrad an der North-Western-Universität in Chicago zu erhalten. Nach kurzer Praxis in Hot Springs, Ark., wo er sich besonders chirurgischer Tätigkeit widmete, ging er zu weiteren Studien ins Ausland. Er arbeitete ein Jahr in Wien an der Kaposischen Klinik und beschäftigte sich besonders mit Histopathologie. Von dort ging er nach Berlin, wo er 1888 als Assistent des Hygienischen Institutes unter Robert Koch seinen deutschen medizinischen Doktorgrad an der Universität Berlin erhielt. Der Name und der Zusammenhang mit seinem damaligen Lehrer Robert Koch ist niemals von ihm vergessen worden, und die Hörer seiner Vorlesungen haben oft empfunden, welche Rolle die damals empfangenen Eindrücke noch in viel späteren Jahren in seinem Leben gespielt haben. Von Berlin ging er nach Paris, wo er unter Besnier, Vidal und Fournier am St.-Louis-Hospital arbeitete, und begann dann im folgenden Jahre seine erfolgreiche und rasch in die Höhe führende Laufbahn in seinem Heimatlande. Von 1889 bis 1893 war er Instruktor in Dermatologie in der New York Poliklinik und wurde zu gleicher Zeit durch die Herausgabe des Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases weiteren Kreisen bekannt. Schon im Jahre 1893 wurde er als Professor der Dermatologie in das Bellevue Hospital, Medical College, berufen, wo er bis zum Jahre 1912 wirkte. In diesem Jahre folgte er dem Rufe als Professor der Dermatologie und Syphilologie in das College of Physicians and Surgeons der Columbia-Universität in New York, wo er bis zu seinem Tode gewirkt hat.

Als Mitglied der Universität und als Lehrer der Studenten gehört er zu den beliebtesten und geachtesten, und die von ihm vermittelte dermatologische Wissenschaft, aufgebaut auf den Lehren, auf die auch unsere heutige deutsche Dermatologie beruht, hat in seinen amerikanischen Schülern einen wesentlichen Einfluß auf das dermatologische Denken in den Vereinigten Staaten gewonnen. Unter den amerikanischen Dermatologen, die ihn bereits im Jahre 1899 zum Präsidenten der American Dermatological Association wählten, hat sein Urteil und seine Auffassung früh einen entscheidenden Einfluß gehabt. So war er im Jahre 1903 Chairman der Sektion für Cutaneous Medicine and Surgery der American Medical Association, 1907 Secretary-General des 6. Internationalen Dermatologenkongresses, der in New York abgehalten wurde.

Digitized by Google

Wie sehr sein Rat überall begehrt war, ließ sich vielleicht daraus am besten ersehen, daß er neben den der Columbia-Universität angegliederten Hospitälern der Stadt New York als konsultierender Arzt tätig war. Als Special Consultant of the United States Public Health Service kam sein Wissen und seine große Erfahrung in der Organisation von Kliniken und in der Vorbeugung der Geschlechtskrankheiten einem großen Teil seines Vaterlandes zunutze.

Mit dem Auslande verbanden ihn viele persönliche und wissenschaftliche Beziehungen. Er war Ehrenmitglied und korrespondierendes Mitglied deutscher, österreichischer, dänischer, englischer, italienischer und französischer wissenschaftlicher Gesellschaften, und die Berliner Dermatologische Gesellschaft sowohl wie die Wiener Dermatologische Gesellschaft, zu deren Ehrenmitglied er gewählt worden war, werden in ihm einen treuen Bekenner deutscher Wissenschaft und deutschen medizinischen Denkens und Könnens zu betrauern haben.

Fordyce hat auch in einer Zeit, als der Krieg und die mit ihm zusammenhängenden Verwirrungen der Meinungen nationaler Leidenschaften in die Wissenschaften hineintrug, treu zu der Tradition seiner wissenschaftlichen Ausbildung gehalten und nichts von der Lösung freundschaftlicher und wissenschaftlicher Beziehungen wissen wollen, die ihn mit deutschen Forschern und deutschen Ärzten verbanden.

Seine deutschen und österreichischen Freunde werden niemals die feine Zurückhaltung, die wissenschaftliche Bescheidenheit, den gerechten und geraden Sinn dieses Mannes vergessen, der als einer der markantesten Figuren in der amerikanischen Dermatologie mit jedem seiner jüngsten Mitarbeiter ebenso gerne an neuen Problemen arbeitete, wie er auf Kongressen und im Vorlesungssaal mit ihm gleichstehenden Wissenschaftlern Meinungen und Gedanken austauschte.

Seine Arbeiten auf fast allen Gebieten der dermatologischen Wissenschaft legen ein beredtes Zeugnis seines umfassenden Könnens und seiner kritischen Beurteilungen ab. Seit 1888 bis in die letzten Monate seines Lebens sind über 100 stets originelle Arbeiten in der amerikanischen Literatur erschienen und haben zur Klärung der großen, ihn beschäftigenden Fragen beigetragen. In seinem wissenschaftlichen Forschen und Denken hat er niemals die Verbindung mit den allgemeinen medizinischen Aufgaben verloren, und gerade diese Einstellung mag viel dazu beigetragen haben, seine Arbeitsweise und sein wissenschaftliches Denken auch dem Forscher auf anderen medizinischen Gebieten wertvoll zu machen. Eine im Jahre 1921 begonnene großzügige Arbeit über die Salvarsanbehandlung der Syphilis vom klinischen und biologischen Gesichtspunkte mit besonderer Berücksichtigung der Arsenverteilung im Körper, liegt fast vollendet vor. Die bisher in 16 Teilen erschienene Arbeit zeugt von einer Großzügigkeit und einem Weitblick, der nur bei einem Mann seiner Einstellung und seines umfassenden Wissens geplant und durchgeführt werden konnte. Die von seinen Mitarbeitern in minutiöser Kleinarbeit durchgeführten Arsenuntersuchungen bilden ein organisches Ganzes, das noch jahrelang dem Forscher die exakte Grundlage für die verschiedensten noch ungelösten Probleme wird bieten können. Es hat uns schon jetzt den bis dahin fehlenden Überblick gegeben, was aus dem mit dem Salvarsan eingespritzten Arsen im Körper geschieht.

Fordyce hat fast bis zum letzten Augenblick einen bewunderungswürdig großen Arbeitskreis als Arzt, Lehrer und Forscher bewältigt. Seine Schüler haben immer wieder die Exaktheit seiner klinischen Darstellung bewundert, seine Mitarbeiter werden kaum wieder einen Chef finden, der wie er selbstlos und freundschaftlich ihre wissenschaftlichen Gedanken und Arbeiten unterstützte und förderte. Als die beginnende Erkrankung ihn aus seiner Arbeit herausriß, hat er mit Freuden daran gedacht, nach überstandener Krankheit nach Europa zu reisen, um alte Beziehungen wieder aufzunehmen, die für ihn niemals abgebrochen waren. Wenn ihm dieser Wunsch nicht mehr erfüllt worden ist, so werden die deutschen Dermatologen und die deutschen Ärzte und Freunde, die mit ihm in Verbindung kamen, niemals vergessen, wie sehr dieser echt amerikanische Arzt und Forscher deutsches Wissen und deutsches Denken stets geschätzt und hochgehalten hat.

E. F. Müller-Hamburg (z. Zt. New York).

Digitized by Google

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. Juni 1925.

Bericht von L. Kleeberg-Berlin.

1. Arndt: a) Zwei Fälle von **Acrodermatitis Hallopeau.** Lokalisation auf den Endspitzen der Extremitäten. Gruppen von vesikulösen und pustulösen Herden bei gleichzeitiger Dystrophie der Nägel; Übergang in Atrophie auch der Muskulatur. Das Leiden macht am Handgelenk immer halt. Entstehung meist im Anschluß an ein Trauma. Trophoneurose? Differentialdiagnose Psoriasis, chronische Trichophytie. Prognose ungünstig. Versuch mit Röntgenbehandlung.

b) Ungewöhnliche Form tertiärer **subkutaner Lues.** Seit 11 Jahren bestehen bei der Pat. zuerst am Ohr und Hals unter der scheinbar intakten Haut Infiltrate, die spontan ohne Behandlung abheilten. Jetzt ist die rechte Mamma kleiner als die linke, und in ihr sind massenhaft subkutane Knoten und Infiltrate nachweisbar. WR ist positiv. Behandlung: Jodkali und Hg.

2. Ledermann: a) Trichophytie auf dem Rückens eines Kindes. Infektion durch die Pflegerin, die auch auf dem Rücken eine Trichophytie hatte.

b) Kerion Celsi bei einem Knaben.

c) **Urticaria perstans papulosa** bei einer Dame. Seit dem 15. Lebensjahr Auftreten von urtikariellen Knötchen, die unter Pigmentation abheilen. Struma.

d) Schädigung durch **Quéryserum.** Nach der Kur Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust von 40 Pfund. Auftreten eines gummösen ulzerierenden Syphilids an Händen und Unterschenkeln; die 7 Jahre hindurch dauernd negative WR war positiv geworden. Die Behandlung war in einem annocierenden Institut ausgeführt worden.

Diskussion: Zu a) Buschke erinnert an die auf seiner Abteilung früher beobachteten Fälle von Trichophytie auf dem Rücken von Kindern.

Zu c) Arndt hält den Fall auch für eine chronische Urticaria cum pigmentatione, nicht für eine Urticaria pigmentosa; auch die Acné excorié des jeunes filles heilt oft unter braunen Flecken ab. A. sah eine Urticaria pigmentosa gleichzeitig mit Entwicklung eines Basedow auftreten.

E. Saalfeld schlägt die Therapie mit Ovarienpräparat und Kalk vor. Pinseln mit Liquor carbon.

Zu d) Buschke: In der Monographie von Quéry befindet sich überhaupt kein Fall von sicherer Heilwirkung.

Lesser: In Frankreich gilt allgemein das Queryserum als erledigt.

Leibholz sah ebenfalls unangenehme Nebenwirkungen bei einem mit Quéryserum behandelten Patienten.

3. Langer (Abt. Buschke): a) **Sklerodermie.** 33jähr. Pat., die seit $1^1/_4$ Jahr an diffusen Gelenkschmerzen und schmerzhaften Anschwellungen der Hals- und Achseldrüsen leidet. Seit Januar 1925 ist eine Verhärtung und starkes Spannungsgefühl der Haut an den Armen und Beinen und auch im Gesicht eingetreten. Es findet sich eine ausgesprochene sklerodermatische Veränderung an den Armen in ganzer Ausdehnung, ebenso an den Oberschenkeln und im Gesicht (maskenartiges Aussehen). Prüfung mit Adrenalin, Pilokarpin und Atropin fiel negativ aus.

b) **Dermatitis herpetiformis.** 66jähr. Frau, die seit dem Frühjahr 1917 alle 2 Jahre im Gesicht, an den Händen, am Gesäß und Streckseite der Oberschenkel unter starkem Jucken einen bläschenartigen Ausschlag bekommt. Das Exanthem ist gruppiert, polymorph und juckt stark.

c) **Juxta-artikuläre Knötchenbildungen?** 54jähr. Frau, die seit etwa 14 Tagen an beiden Knien knotige Anschwellungen hat, die ohne jeglichen Schmerz aufgetreten sind. Venerische Infektion wird negiert. Um beide Kniegelenke herum finden sich ziemlich symmetrisch angeordnet in der Subkutis gelegene pflaumen- bis kinderhandgroße derbe, auf der Unterlage verschiebliche, blaurötlich aussehende Knotenbildungen. Erythema nodosum wurde wegen der völligen Schmerzlosigkeit ausgeschaltet. Auf Salizylpräparate reagierten die Herde nicht. Trotz der negativen Anamnese und negativer WR muß man an Lues denken. Versuch mit einer Jodkalibehandlung. Vielleicht handelt es sich um ein ähnliches Bild, wie es Jessner als juxta-artikuläre Knotenbildungen beschrieb.

Digitized by Google

d) **Pityriasis rubra pilaris.** 26jähr. Mann, der schon mehrfach in der Gesellschaft demonstriert wurde. Zur Zeit feine, wie bestäubt aussehende Schuppung auf den Augenbrauen und in der Schnurrbartgegend, auch sonst am Körper einige neue Herde, im übrigen ist das Krankheitsbild in jahrelanger Beobachtung unverändert.

e) **Hämangiom des linken Unterlides.** Seltene Lokalisation eines über die Wimpergegend und die Innenseite des linken Augenlides ausgedehnten Hämangioms.

4. Franz Rosenthal: a) **Sensibilisierung für Erythema solare.** Ein 18jähr. Mann war wegen Akne mit Höhensonnenbestrahlungen behandelt; er schläft sehr häufig mit seinem Radiokopfhörer ein und wacht morgens damit auf, ohne je nachteilige Folgen bemerkt zu haben. Bei einem ausgedehnten Sonnenbad stellt sich sehr starkes Brennen beider Ohren ein, so daß er sich den Kopf umwickeln muß. Es zeigt sich außer einem mittelstarken Erythema solare des Rumpfes eine hochgradige, scharf abgegrenzte Dermatitis beider Ohrengegenden mit Schwellung und Blasenbildung gerade der Stellen, die die Hörer zu bedecken pflegen, während das Gesicht sonst frei von Sonnenerythem ist, da es durch die therapeutischen Höhensonnenbestrahlungen weniger empfindlich ist als der Rumpf. Interessant ist auch der Wirkungsunterschied der Sonnen- und Höhensonnenbestrahlung: diese hatte nie zu einer Kumulation der Reize geführt, obgleich die Hörer manchmal die ganze Nacht vorher eingewirkt hatten.

b) **Transargin, ein neues wirksames Antigonorrhoikum.** (Erscheint noch ausführlich als Originalbericht.) Transargin ist ein Silberkristalloid ohne Eiweißfällung und besitzt ein großes Diffusionsvermögen. Es ist ein weißes Salz, das sich sehr leicht in Wasser löst und auch in stärkerer Konzentration keine Flecken in der Wäsche hervorruft. Infolge seiner Tiefenwirkung ist es fähig, subepithelial gelegene Prozesse chemisch zu beeinflussen. Durch Einwirkung auf mechanisch nicht erreichbare Krypten oder Drüsen ist rasche und rezidivfreie Heilung möglich. Durch Fixation in mit Schwefelwasserstoff gesättigtem Alkohol kann das Eindringen des Medikaments an der Harnröhre eines eben Verstorbenen und der lebenden Kaninchenschleimhaut makroskopisch und mikroskopisch demonstriert werden. Es wurde in $^1/_2$—3%iger Lösung zu Einspritzungen in die Harnröhre, in 1—3‰iger Lösung zu Blasenspülungen verwandt, bei Frauen 1%ig zu Scheidenspülungen, 3%ig zur Zervikal- und Harnröhrenbehandlung. Die Gonokokken verschwinden meist allmählich im Verlauf von 1 bis 3 Wochen, sehr viel rascher verschwindet Ausfluß und Urintrübung. In Frühfällen hat sich daher eine Einleitung der Kur durch eines der alten Silbereiweiß- oder kolloidalen Präparate bewährt. Besonders rasche Heilwirkung ist mit Blasenspülung bei frischer Posteriorerkrankung zu erzielen. Die Bildung von Infiltraten wird durch das Mittel verhütet, bei schon bestehenden Infiltraten wird nicht nur die vorher vergeblich behandelte Blennorrhoe geheilt, sondern auch die Infiltrate rasch zur Rückbildung gebracht.

Zeltner: Transargin ist eine einheitliche chemische Verbindung von der Formel $Ag_2S_6O_9Na_4 2H_2O$ mit etwa 32% Silbergehalt. Es ist ein Abkömmling der Thioschwefelsäure. Es löst sich spielend leicht in gewöhnlichem Leitungswasser, die Lösungen sind haltbar, wasserhell und erzeugen auf der Wäsche keine Flecken. Transargin wird weder durch Eiweiß- noch Kochsalzlösungen gefällt, es ist eine kristalloide, nicht kolloide Verbindung, wodurch die Möglichkeit der Tiefenwirkung gewährleistet wird. Die Tiefenwirkung ist am lebenden Gewebe im Vergleich mit Silbernitrat und Protargol studiert worden. Die dieselbe beweisenden histologischen Präparate sind im Original demonstriert worden.

Diskussion: Lewinsky sah auf seiner Abteilung im Krankenhaus Neukölln sehr Günstiges vom Transargin bei der Behandlung der Vulvovaginitis infantum.

Schereschewsky sah auch in akuten Fällen Gutes vom Transargin. In dreimal 24 Stunden schwanden meist immer die Gonokokken.

Jacobsohn: Bei frischen Blennorrhoen hat sich Transargin gut bewährt. Brennendes Gefühl bei den Injektionen tritt im Anfang häufig auf.

Balog: Die Harnröhre besitzt nur ein einschichtiges Epithel, welches von keinem Mittel durchdrungen wird — dies wird durch die Präparate der Vortragenden und anderer Forscher bewiesen. Sollten die schwarzen Flecke die Wirkung des Transargins beweisen, so müßte der ganze Weg gefärbt sein, weil im Moment des Fixiertwerdens sicher nicht alle Moleküle zum gesetzten Ziel angelangt sind. Im Anfangsstadium können die Gonokokken die Kittsubstanz des Epithels passierend in das Bindegewebe gelangen. Die humoralen und zellularen Abwehrkräfte des Organismus eliminieren oder vernichten die Keime oder grenzen den Prozeß durch Bildung eines Entzündungswalles ab. Versagt die Abwehrvorrichtung, so folgt die allgemeine Sepsis. Stellt man sich vor, daß ein

Digitized by Google

Mittel durch das Epithel gedrungen ist, so gelangt es ins Corpus cavernosum, und es wird kaum „von hinten herum" durch den Demarkationswall in die Drüse eindringen. Auch würde das Mittel dermaßen verdünnt, daß es keinen Kampf gegen die Bakterien aufnehmen könnte und gleichzeitig sein Färbungsvermögen verlieren.

Schlußwort. Rosenthal: Eine Durchsetzung des gesamten Gewebes ist schon an den makroskopischen Präparaten erkennbar und bei Tagesbeleuchtung auch beim mikroskopischen Präparat. Rasch und günstig in wenigen Tagen verlaufende Fälle habe auch ich beobachtet, doch war mehrfach eine längere Behandlung nötig.

5. Pinkus: **Bericht über die Reise zum 2. allrussischen Kongreß zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Charkow.** Die venerologischen Institute und Dispensäre (öffentliche Behandlungsstätten) in den russischen Städten, die dermatologischen Kliniken von Moskau, Charkow und Petersburg. Darstellung der vor allem hygienisch und sozial wirkenden Institute, in denen aber auch Behandlung und wissenschaftliche Durchforschung mit allen modernen Methoden ausgeführt wird.

Sitzung vom 14. Juli 1925.

Krankenvorstellungen.

1. E. Saalfeld: a) Ausgedehnte **Röntgenverbrennung** der Schulter bei einer 40jähr. Pat. Es bestand ein über handtellergroßes granulierendes Ulkus, das an Karzinom erinnerte. Die Probeexzision ergab nur Granulationsgewebe, Hautatrophie und Teleangiektasien der Schulter und eines großen Teils der Schlüsselbeingegend. Unter Ormizetumschlägen wesentliche Verkleinerung des Geschwürs.

b) 63jähr. Pat. mit **Pemphigus der Mundschleimhaut.** Befallen ist die Wangenschleimhaut und vor allem harter und weicher Gaumen. Laryngoskopisch fand sich auch am Rande der Epiglottis rechts eine hirsekorngroße Blase. Seit $^1/_2$ Jahr treten ab und zu auch an der Vulva die gleichen Erscheinungen auf.

2. Arndt: a) A. zeigt histologische Präparate eines Falles, bei dem andernorts die Diagnosen Acne indurata, Sarkoid, Lupus miliaris faciei gestellt waren. Das klinische Bild erinnert am meisten an einen Lupus miliaris. Das mikroskopische Bild ergab aber keine Tuberkulose, sondern ein rein lymphozytäres Infiltrat, **Lymphadenosis miliaris faciei.** Im Blut bestand eine relative Lymphozytose.

b) **Strichförmige rezidivierende Purpura** bei einem Manne. Blutbild normal. Keine Gelenkschwellungen. Petechien in Streifen oft verzweigt (analog strichförmiger Dermatitis).

c) 27jähr. Mann mit dem typischen Bild der **Spieglerschen Tumoren** (multiple Geschwülste am Hinterkopf, Schläfen, Brust, Unterlippe, Kinn, vor allem Rücken).

d) **Mycosis fungoides.** Beginn vor 6 Jahren. Seit $^1/_4$ Jahr stärkere, erhabene krustöse Infiltratbildungen: Beginn als Parakeratosis variegata (oberflächliche, kleinfleckige, schuppende Herde in Netz- und Ringform, die zur Atrophie führen). Kein Jucken, keine Drüsenschwellung, leichte Eosinophilie.

e) **Lymphadenosis cutis circumscripta** bei einer alten Frau. Geschwulst auf dem Fußrücken.

3. F. Reich-Dalldorf: **Über syphilitische Psychosen außerhalb der Paralyse.** Vortr. bespricht zunächst ganz kurz die Fortschritte, die uns die letzten Dezennien bezüglich der Erkenntnis der Syphilis im allgemeinen und der des Zentralnervensystems im besonderen gebracht haben. Serodiagnostik, Spinalpunktion, Spirochäte, Verfeinerung der mikroskopischen Anatomie. Früher hielt man die Paralyse für eine durch indirekte Wirkung der Lues hervorgerufene sogenannte para- oder metasyphilitische Erkrankung und glaubte vielfach, daß Paralyse auch ohne Lues zustande kommen könnte. Heute wissen wir, daß die Paralyse eine ausgesprochen syphilitische Erkrankung des Gehirns ist und durch direkte Einwanderung der Spirochäten ins Gehirn entsteht. Ferner haben wir heute eine wohlausgebildete Anschauung über die feinere Anatomie der Paralyse und auch derjenigen Formen der Lues cerebri, in denen gröbere makroskopisch sichtbare Veränderungen des Zentralnervensystems fehlen (diffuse Hirnlues, meningomyelitische, endarteriitische Form der Hirnlues).

Die Psychosen infolge von Lues sind mit Ausnahme der Paralyse ein ziemlich seltenes Leiden. Die einzelnen Autoren beziehen sich immer nur auf eine ziemlich geringe Zahl selbstbeobachteter Fälle. Die Statistik (Mattauschek und Pilcb) zeigt, daß etwa 40mal soviel Luetiker an Paralyse als an Psychosen bei Lues cerebrospinalis erkranken. Ob eine bei einem Luetiker auftretende Psychose durch die Lues verursacht ist oder eine zufällige Komplikation vorstellt, ist nicht immer sicher zu entscheiden

Digitized by Google

(Wimmer: Nichtsyphilitische Psychosen bei Syphilitikern). Die Zuteilung einer Psychose zu einer bestimmten Krankheitsursache ist allgemein schwierig. Eine Ursache, z. B. Alkoholmißbrauch, kann ganz verschiedene Krankheitsformen — Delirium, akute Alkoholhalluzinose, chronische paranoide und halluzinatorische Zustände, Eifersuchtswahn der Trinker, Epilepsie, Korsakowsche Psychose, chronische Defektzustände — hervorrufen (Variabilität der Krankheitsfolgen). Ein und dieselbe Krankheitsform kann durch die allerverschiedensten Krankheitsursachen hervorgerufen werden: amentiaartige Zustände als Folge der allerverschiedensten Infektionen, Intoxikationen, erschöpfende Krankheiten, Hirntraumen (Bonhoeffer: Variabilität der Krankheitsursachen). Neben der Krankheitsursache spielt die Konstitution des Befallenen eine große Rolle: psychopathische, epileptische, hysterische Konstitution, pyknischer, asthenischer Habitus (Kretschmer). Die in der Syphilidologie sehr wichtige Diagnose ex juvantibus versagt bei den syphilitischen Psychosen nicht selten: refraktäre floride Prozesse luetischer Art im Gehirn, syphilitische Psychosen als Narbensymptome, auffallende Schwankungen syphilitisch bedingter Krankheitsbilder ohne erkennbare Ursache. Als bei Lues beobachtete Formen von Neurosen und Psychosen werden besprochen: Neurasthenie, Hysterie, Hypochondrie, Epilepsie, amentiaartige Zustände, manische und depressive Psychosen, halluzinatorisch paranoische Krankheitsbilder. Es werden einzelne Kranke demonstriert.

Die luetische Demenz ist nicht so hochgradig wie die paralytische. Sie zeigt einen stationären Charakter. Eine besondere Form derselben ist der Korsakowschen Psychose ähnlich. Die schizophrene Demenz zeigt ein ganz anderes Bild als die luetische Demenz. Vortr. weist unter Demonstration eines Kranken, bei dem luetische Infektion und überstandene Encephalitis epidemica nebeneinander bestehen, darauf hin, daß die luetischen und die enzephalitischen Endzustände unter Umständen große Ähnlichkeit haben können, auch bezüglich der begleitenden Nervensymptome. Beide Bilder können auch anatomisch eine gewisse Verwandschaft zeigen.

Vortr. faßt sich zum Schluß dahin zusammen:

Die bei weitem häufigste und zugleich deletärste Form luetischer Geisteskrankheit ist die Paralyse. Andere Psychosen im Gefolge von Lues und im Vergleich dazu und auch überhaupt ziemlich selten. Eine spezifische, allein der Syphilis angehörige und für sie ohne weiteres charakteristische Psychose außerhalb der Paralyse gibt es nicht. Die Syphilis kann die allerverschiedensten Formen psychotischer Reaktion in ihrem Gefolge haben. Als Formen, die besonders häufig bei Lues auftreten, sind zu nennen: Neurasthenie, amentiaartige Rauschzustände und paranoisch halluzinatorische Zustände. Die chronischen Defektzustände der Lues cerebrospinalis sind sowohl von den Defektzuständen der Paralyse als auch von denen der Schizophrenie wohl unterscheidbar. Die Erkennung der syphilitischen Ätiologie von Psychosen ist von Bedeutung wegen der Prognose und wegen der Möglichkeit spezifischer Behandlung.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Réunion Dermatologique de Strasbourg.

Sitzung vom 10. Mai 1925.

J. Roederer und M. Zimmerlin: **Arthropathie tabétique** (Tabische Arthropathie). S. 109. Syphilis vor 20 Jahren. Seit einem Jahre Erscheinungen am linken Knie. Tabes. Linkes Knie im Umfange beträchtlich vergrößert, Unterschenkel nach hinten subluxiert. Röntgenologisch weitgehende Zerstörung der Gelenkenden, so daß von spezifischer Behandlung keine Besserung zu erwarten ist, sondern nur Resektion in Betracht kommt.

G. Lévy und Metzger: **Chancre syphilitique arséno- et bismutho-résistant; guérison rapide par le cyanure de mercure** (Arsen- und wismutresistenter Syphilis-

Digitized by Google

schanker; schnelle Heilung mit Quecksilberzyanür). S. 111. Primäraffekt mit beginnendem Exanthem. Infektion in Indochina. Trotz energischer Arsen- und Wismutbehandlung zeigte der Schanker keine Neigung zur Heilung. Das Exanthem war bald geschwunden. In der linken Leiste schwollen die bis dahin kleinen, harten Drüsen stärker an; die Schwellung wurde schmerzhaft, begann zu fluktuieren, und es entwickelten sich Eiter absondernde Fisteln. Nach drei Einspritzungen von Quecksilberzyanür fast völlige Überhäutung des Schankers; Bubo nicht beeinflußt, heilt erst allmählich. Es handelte sich nicht um ein Ulcus mixtum; Streptobazillen mehrmals negativ, ebenso Autoinokulationen. Es wurde auch die Möglichkeit einer Kombination mit der Nicolas-Favreschen Krankheit erwogen, doch sprach weder der histologische Befund noch das Blutbild dafür.

L.-M. Pautrier und Metzger: **Tuberculose cutanée, nodulaire et ulcéreuse de la région du genou** (Knötchenförmige und ulzerierte Hauttuberkulose der Kniegegend). S. 115. Es handelt sich um einen der Fälle, die in dem gewöhnlichen Bilde der Hauttuberkulosen nicht unterzubringen sind. Die großen, harten Knoten ließen zuerst an Syphilis denken; doch führte das lange, vor 11 Jahren zuerst bemerkte Bestehen der Affektion, die nachgewiesene Tuberkulose an Lungen, Kehlkopf, Nebenhoden, die negative WR, das Versagen der Salvarsanbehandlung, der histologische Befund zur Diagnose einer tuberkulösen Affektion.

L.-M. Pautrier und Robert: **Sarcoides hyodermiques à tendance atrophique de la face** (Subkutane Sarkoide im Gesicht mit Neigung zu Atrophie). Diese zu spontaner Atrophie neigende Form ist sehr selten. Differentialdiagnostisch ist das großknotige Sarkoid von Boeck durch das klinische Bild und den histologischen Befund auszuschließen; das subkutane Sarkoid von Darier-Roussy findet sich an Rumpf und Extremitäten, zeigt auch ein anderes histologisches Bild. Die Besonderheit der Atrophie berechtigt, diese Formen als besonderes Bild des Boeckschen Sarkoids zu betrachten. Zu der den Lupus pernio und das Boecksche Sarkoid als Manifestation einer wahrscheinlich auf Rindertuberkulose beruhenden benignen Lymphogranulomatose zusammenfassenden Theorie von Schaumann ist auf das völlige Fehlen einer Reaktion an irgend welchen Drüsen bei der Kranken und der Monukleose im Blut hinzuweisen.

G. Lévy, Glaser und Sloimowici: **Tuberculose gommeuse et fistuleuse de la région vaginale et du pli de l'aine** (Gummöse und fistulöse Tuberkulose der Vaginalgegend und der Inguinalfalte). S. 124. Die Affektion machte zuerst den Eindruck einer Mykose; doch waren keine Keime nachweisbar, und die Behandlung (Jod innerlich, Lugol örtlich) blieb ohne Erfolg. Tuberkelbazillen waren auch nicht nachweisbar, doch ergab Meerschweinchenimpfung positives Resultat. Über die Art des Zustandekommens war nichts nachweisbar.

L.-M. Pautrier und Leriche: **Dermatite chronique atrophiante Herxheimer-Pick. Projet s'un nouveau traitement par sympathectomie périartérielle** (Dermatitis chronica atrophicans (Herxheimer-Pick). Versuch einer neuen Behandlung durch periarterielle Sympathektomie). S. 128. Ausgedehnte erythematöse Flecke; Haut erscheint leicht infiltriert, von der Unterlage nicht recht abhebbar, sklerodermieartig. Der Erfolg der in Aussicht genommenen Operation wird davon abhängen, ob es sich bei den Zirkulationsstörungen am Bein um Stase durch Parese oder um aktive Vasodilatation handelt, und nur im ersteren Falle zu erwarten sein. Auf Vorschlag von Ambard soll zunächst eine Insulinbehandlung versucht werden.

H. Mandel: **Cas pour diagnostic** (Fall zur Diagnose). S. 131. 11jähr. Knabe, bei dem ebenso wie bei einem Bruder in sehr langsam fortschreitender Entwicklung im Gesicht, besonders auf dem Nasenrücken, leicht eingesunkene Effloreszenzen mit einzelnen follikelähnlichen Hervorragungen, stellenweise mit wenig fest anhaftenden Krusten bedeckt. In der Besprechung wird die Wahrscheinlichkeit eines Lupus erythematosus erwogen, doch wäre das gleichzeitige Auftreten bei zwei Brüdern auffallend.

L.-M. Pautrier, F. Schmid und Robert: **Guérison d'un ulcère de jambe chez une malade à glycémie normale par le pansement local à l'insuline en poudre** (Heilung eines Unterschenkelgeschwürs bei einer Kranken mit normalem Blutzucker durch örtliche Umschläge mit pulverförmigem Insulin). S. 132. Die Pulverform (Verdünnung mit Laktose und Schwefelnatrium) wurde gewählt, um die schon früher betonte rein örtliche Wirkung bei Fehlen von Diabetes sicherzustellen.

L.-M. Pautrier: **„Lichen scrofulosorum" remarquablement prurigineux et simulant le lichen plan** („Lichen scrofulosorum" stark juckend und Lichen planus vortäuschend). S. 133. Der Lichen scrofulosorum bei dem $2^1/_2$jähr. Knaben ist ausgezeichnet durch die etwas anormale Lokalisation der Läsionen in der Lumbalgegend und

Digitized by Google

an den unteren Extremitäten, das stellenweise Lichen-planus-ähnliche Aussehen der Elementarläsionen und das starke Jucken. Die Diagnose wurde auf Grund der Konfluenz der Läsionen, die Gruppierung in kleinen Plaques am Rücken, den histologischen Befund kleiner, peripilärer tuberkulöser Follikel gestellt. Außerdem ausgebreitete Drüsenschwellungen. Intradermoreaktion mit Tuberkulin positiv.

A. Civatte: **Eczéma et Eczématides** (Ekzem und Ekzematide). S. 134. Ekzem und Psoriasis sind durch eine Reihe erythematös-schuppender Eruptionen in kaum merklichen Übergängen miteinander verknüpft: Pityriasis, seborrhoisches Ekzem, Seborrhoeiden, psoriasiforme Parakeratosen, Ekzematiden. Aus einer Reihe histologischer Bilder wird der Schluß gezogen, daß die Elementarläsion jeder Ekzematide durch ein kleinstes Bläschen, nicht durch eine Spongiose oder Parakeratose dargestellt wird. Ekzematiden jeder Art, die für den Kliniker erythematöse-squamöse Dermatosen sind, bedeuten für den Histologen vesikulöse Dermatosen; sie sind also hierdurch von der Psoriasis geschieden, und es fragt sich, ob sie mit dem Ekzem oder wenigstens mit einer seiner Formen zu identifizieren sind. Aus eingehenden Studien wiedergegebener histologischer Bilder des Ekzems ergibt sich, daß die Elementarläsion des Ekzems der der Ekzematiden völlig gleicht und auch in den Ausgängen große Übereinstimmung besteht. Beginn und Ende sind gleich; man könnte also die Ekzematiden als abgekürztes Ekzem auffassen. Während für Psoriasis und Ekzematide verschiedene Ursachen bestehen, sind sie für diese und das Ekzem gleich, wirken nur bei ersterem langsam, bei letzterem in scharfem Angriff. Trotzdem sollen die beiden Affektionen nicht völlig gleichgestellt werden, da die Reaktionen auf die unbekannte Ursache verschieden sind. Die nahe Verwandtschaft beider Affektionen wird bei Aufrechterhaltung einer Trennung am besten durch die Bezeichnung als Ekzematiden zum Ausdruck gebracht.

Pr. Merklen, M. Wolf und A. Néel: **Choc arsénobenzolique avec avortement consécutif** (Arsenobenzolchok mit darauffolgendem Abort). S. 148. Gravida im sechsten Monat mit primärer Syphilis. Nach der dritten Rhodarsaneinspritzung hohes Fieber, intensive diffuse Hautrötung, Kopfschmerzen, Erbrechen, verminderter Urin, Entwicklung einer Pyelonephritis mit Kolibazillen; schnelle Besserung nach großen Gaben Urotropin und Spülungen mit Kal. permangan. Nach im ganzen 17 Tagen Einspritzung von 0.3 Novarsenobenzol, danach Erscheinungen ähnlich den vorhergegangenen in geringerem Grade, Abort. Dieser ist auf den Chok zurückzuführen; allerdings dürfte bei der Frau eine gewisse Disposition bestanden haben, da sie bereits früher einmal im siebenten Monat abortiert hatte. Pautrier weist darauf hin, daß derartige Vorkommnisse so selten sind, daß dadurch keinesfalls die intravenöse Salvarsanbehandlung der Schwangeren diskreditiert werden darf.

R. Leriche, M. Wolf, R. F. Fontaine: **Résultats d'interventions sur le sympathique dans la sclérodermie** (Erfolge der Eingriffe am Sympathikus bei Sklerodermie). S. 153. Bei der bereits in der Septembersitzung 1924 vorgestellten Kranken (Ref. diese Wschr., 1925, Bd. 80, S. 29) sind durch zwei Arten von Angriffen gute Resultate erzielt worden. Zunächst beiderseitige periarterielle Sympathektomie, nach der jedoch die Bildung der früher beschriebenen Kalkablagerungen nicht aufhörte. Es wurde deshalb, um noch weitere Besserung zu erzielen, rechts die Resektion des Ganglion cervicale superius, links die Durchschneidung der Rami communicantes cervicales inferiores vorgenommen. Ein Unterschied zwischen den Erfolgen der beiden Eingriffe trat nicht zutage; die früher erzielte Besserung nahm noch zu, zeigte sich jetzt auch im Gesicht, die Kalkablagerungen wurden nicht beeinflußt. Es ergibt sich, daß für die Sklerodaktylie die periarterielle Sympathektomie ausreichend ist, daß jedoch die Operationen am Strang in Frage kommen, wenn außerdem Sklerodermie im Gesicht besteht.

E. Levin-Berlin.

Archives of Dermatology and Syphilology.

1925, Bd. 12, Nr. 1.

Therapeutic Action of Potassium Jodid in Experimental Syphilis of the Rabbit (Therapeutische Wirkung des Jodkaliums bei experimenteller Kaninchensyphilis), von L. Pearce-New York. S. 1. Versuche an experimentell mit Syphilis infizierten Kaninchen, die zweimal oder einmal wöchentlich mit kleinen intravenösen Jodkaliumdosen (0,006 und 0,0003 g pro kg) behandelt wurden, ergaben, daß die Infektion leichter und zeitlich kürzer verlief als bei unbehandelten infizierten Kaninchen. Die durch Jod-

Digitized by Google

kalium beeinflußte Syphilis der Kaninchen verlief wie eine solche bei Kaninchen mit relativ hoher Resistenz, nämlich mit leichter oder fehlender Lues II. Vermutlich bewirkt das Jodkalium eine Anregung des infizierten Organismus zur Abwehr gegen die Krankheit.

Erythredema Polyneuritis (Polyneuritisches Erythrödem), von H. R. Foerster-Milwaukee. S. 17. Das „polyneuritische Erythrödem" ist ein einheitliches, meist durch Infektion hervorgerufenes Krankheitsbild bei Kindern, das sich in einer sensiblen Polyneuritis mit entzündlichen Veränderungen des Rückenmarks und der Nervenwurzeln darstellt. Klinisch findet man Benommenheit, Appetitlosigkeit, Hauthyperästhesie, vasomotorische und trophische Störungen, besonders der Extremitäten. Der Verlauf ist meist protrahiert mit Neigung zu Rückfällen. Bei genügender, meist zwangsweise eingeführter Nahrung und Entfernung chronischer Infektionsherde (Tonsillen usw.) endet es meist mit völliger Wiederherstellung.

Lupus Erythematosus. A Clinical Study (Lupus erythematodes. Eine klinische Studie), von B. Throne-Brooklyn. S. 33. Nach einer sorgfältigen Untersuchung und Beobachtung zahlreicher Fälle von Lupus erythematodes ist Verf. der Ansicht, daß Tuberkulose ätiologisch nicht in Betracht kommt, im Gegenteil ziemlich ausgeschlossen scheint. In Fällen ohne Atrophie empfiehlt sich die Entfernung infektiöser Herde (kariöse Zähne usw.), was bei Fällen mit Atrophie keinen Heilwert mehr hat. Eine radikale Behandlung soll erst nach Entfernung infektiöser Herde erfolgen, um Rückfälle zu verhüten. Vakzinetherapie ist wertlos. Die Komplementbindungsreaktion für Tuberkulose im Blut hat nur Wert zur Diagnose von Tuberkuliden. Bei Lupus erythematodes muß man auf ein negatives Resultat rechnen. Therapeutisch wird für Lupus erythematodes Radium und CO_2 warm empfohlen.

Contributions to Pathologic Anatomy of Syphilis. I. Syphilis of the Aorta (Beiträge zur pathologischen Anatomie der Syphilis. I. Syphilis der Aorta), von E. L. Miloslavich-Milwaukee. S. 41. Die Syphilis der Aorta ist eine morphologisch feststehende Erkrankung, eine Mesaortitis, an dem proximalen Teil der Aorta, die zu Aorteninsuffizienz, Verschluß der Koronararterien und Bildung von Aortenaneurysmen führt. Sie ist eine häufige Erkrankung. Die syphilitische Natur dieser Aortenerkrankung offenbart sich in 1. gummöser Infiltration, 2. dem Nachweis der Spir. pallida, 3. der positiven WR, 4. der Kombination mit anderen syphilitischen Organerkrankungen, wie Paralyse, Tabes usw.), 5. ihrem Erscheinen in relativ jungem Alter und 6. der makro- und mikroskopischen Lokalisation in der Aorta selbst im Vergleich zu der Atherosklerose desselben Organs.

Spinal Fluid Findings in Pemphigus and in Dermatitis Herpetiformis, with a Note Relative to the Treatment of Pemphigus Vegetans. A Preliminary Report (Befund der Spinalflüssigkeit bei Pemphigus und Dermatitis herpetiformis, mit einer Bemerkung, die Behandlung des Pemphigus vegetans betreffend. Ein vorläufiger Bericht), von A. Strickler und C. P. Brown-Philadelphia. S. 48. Eine genaue Ätiologie des Pemphigus anzugeben, ist noch nicht möglich. Erwähnenswert sind aber folgende Hypothesen: Die Pemphiguserkrankung beginnt wahrscheinlich im Nervensystem. Die meisten Sektionen ergeben Veränderungen in den Hinterhörnern und Hintersträngen. Die Rückenmarksflüssigkeit zeigt Zellvermehrung und Globulingehalt. Bakterien waren nicht darin enthalten. Da bei Tabes auch trophische Hautveränderungen vorkommen und diese Erkrankung in den Hinterhörnern sitzt, so ist anzunehmen, daß der Pemphigus eine parallele Erscheinung ist, wie es für den Herpes zoster bewiesen ist. Das schädliche Agens bei Pemphigus ist vermutlich eine subakute oder chronische toxische Schädigung. Diese Hypothese wird gestützt durch die Art der Pemphigusblasen, die auf gesunder Haut erscheinen und primär steril sind. Bacillus pemphigi, Bacillus pyocyaneus und andere mögen das Blut sekundär infizieren und eine wichtige Rolle in der Sterblichkeit bei Pemphigus spielen. Arsen intravenös gegeben, ist die beste Therapie, besonders bei Pemphigus vegetans.

A Heavenly Meeting. A Sequel (Eine Gesellschaft im Himmel), von W. J. Highman-New York. S. 55. In einer launigen Wiedergabe eines Traumes schildert Verf. die Versammlung berühmter Dermatologen im Himmel, wie dort noch jeder sein Steckenpferd reitet, genau so wie einst auf Erden.

Urticaria Solaris. Report of a Case (Urticaria solaris. Bericht über einen Fall), von L. G. Beinhauer-Pittsburgh. S. 62. Eine durch Sonnenlicht hervorgerufene Urtikaria konnte allein durch Quarzlampenbestrahlung bei demselben Pat. wieder zum Erscheinen gebracht werden. Offenbar waren die ultravioletten Strahlen das schädigende

Digitized by Google

Agens. Der Pat. gehörte einer allergischen Familie an. Injektionen von Epinephrin verminderten die Reaktion.

Sensitization to Adhesive Plaster (Empfindlichkeit gegen Heftpflaster), von W. P. Brown-St. Louis. S. 69. Die Lokalisation einer nach Heftpflasterapplikation eingetretenen Dermatitis entsprach genau den aufgelegten Heftpflasterstreifen.

Dermatitis Produced by the Portuguese Man of War (Eine durch den „Portuguese Man of War" hervorgerufene Dermatitis), von E. D. Crutchfield-Galveston, Texas. S. 72. Im Golf von Mexiko werden Badende oft von einer Qualle, dem „Portugiesischen Kriegsschiff" berührt, dessen Tentakel eine ätzende Flüssigkeit enthalten. Die nur Sekunden dauernde Berührung verursacht lineäre Dermatitis, die oft so tief geht, daß Narben zurückbleiben; in günstigen Fällen sind oft noch monatelang braun pigmentierte Linien zu sehen. Die akuten Erscheinungen werden durch schwach ammoniakalische Lösung gelindert. Selbst in getrocknetem Zustand behalten die Fangarme noch jahrelang bei Berührung eine irritierende Wirkung.

Studies on Hair, with Special Reference to Hypertrichosis (Studien über das Haar, mit besonderer Berücksichtigung der Hypertrichosis), von C. H. Danforth-Kalifornien. S. 76. In dieser Fortsetzung werden die Haarverhältnisse des Menschen an den verschiedenen Körperregionen, ferner das Haarwachstum während der verschiedenen Altersperioden und die Unterschiede zwischen Mann und Frau ausführlich erläutert.

1925, Bd. 12, Nr. 2.

Nodosites Juxta-articulaires (Juxtaartikuläre Knotenbildungen), von D. Gutierrez-Manila. S. 159. Verf. hat 36 Fälle, die alle etwa 5—10 Jahre vorher eine Framboesie gehabt hatten, beobachtet. Die Knoten sitzen gewöhnlich 1—2 cm unterhalb des Gelenks, an der Außenseite. Sie hängen weder mit der Haut noch mit dem Periost zusammen; zuweilen ist eine deutliche Lappung fühlbar. Sie werden allmählich groß wie ein Hühnerei und zeigen nie die geringste spontane Resorptionstendenz. Die Hautdecke darüber verdickt sich und wird braun. Von 20 Pat. hatten 16 eine positive WR. Trotzdem konnte Lues klinisch sicher ausgeschlossen werden. Alle Fälle reagierten gut, wenn auch zum Teil langsam, auf Neoarsphenamin.

Multiple Sarcoid-like Granulomas of the Skin of Undetermined Nature: Report of a Case (Multiple sarkoidähnliche Hautgranulome unbestimmter Ätiologie: Bericht über einen Fall), von J. V. Klauder-Philadelphia. S. 171. Eine 23jähr. Negerin zeigt am ganzen Körper ein papulo-squamöses, zum Teil nur knötchenförmiges, infiltriertes, psoriasisähnliches Exanthem, das im Laufe von 21 Monaten unter Narbenbildung abheilt. Antisyphilitische Behandlung ist erfolglos. Klinisch und bakteriologisch ergibt sich kein Anhaltspunkt zur Diagnose. SGR stets negativ. Nach dem Verlauf ist an eine tuberkulöse Ätiologie zu denken.

Congenital Ichthyosiform Erythroderma (Kongenitales ichthyosiformes Erythroderm), von R. S. Weiss und N. Robias-St. Louis. S. 182. 6 Fälle werden berichtet, im Alter von 2 Monaten bis 9 Jahren. In 4 Fällen handelte es sich um eine familiäre Erkrankung. Zwischen trockener und nasser Form existiert offenbar nur der Unterschied, daß bei der letzteren eine Impetigo hinzugekommen ist. Vielleicht bilden einige dieser Fälle einen Übergang zur Epidermolysis bullosa. Das histologische Bild ist dem bei Ichthyosis vulgaris gleich. Die Zellinfiltration im Korium ist wahrscheinlich sekundär durch äußere Reizung mit nachfolgender Entzündung entstanden.

Studies on Hair, with Special Reference to Hypertrichosis (Studien über das Haar mit besonderer Berücksichtigung der Hypertrichosis), von C. H. Danforth, Stanford Univ. Kalifornien. S. 195. In dieser fünften Fortsetzung bespricht Verf. die Faktoren, die das Wachstum des Haares beeinflussen (Bestrahlung, vasomotorische und neurotische Einflüsse usw.), ferner besondere Formen des Haarwachstums (Trichorrhexis nodosa, Monilethrix, Kanities, Alopezie).

Epidermophytosis, a Sequel of Vaccination (Epidermophytosis als Folge einer Impfung), von W. H. Guy und F. M. Jacob-Pittsburgh. S. 233. In 35 Fällen trat nach Impfung gegen Pocken eine Pilzerkrankung der Haut auf. Als Erreger wurde Epidermophyton inguinale festgestellt, das aber in der zur Impfung verwendeten Lymphe nicht nachweisbar war.

Dermatitis in Association with Disease or Injury of the Peripheral Nerves (Dermatitis in Verbindung mit Erkrankung oder Verletzung peripherer Nerven), von S. W. Becker-Rochester. S. 235. Bericht über eine rechtsseitige Dermatitis des Ge-

Digitized by Google

sichts, die 3 Wochen nach Entfernung der hinteren Wurzel des Ganglion Gasseri auftrat. Gleichzeitig Zahnkaries auf derselben Seite. Die Dauer der Hautentzündung betrug 4 Jahre; während dieser Zeit war jegliche Therapie erfolglos. Verf. ist der Ansicht, daß toxische, infektiöse oder mechanische Schädigung peripherer sensibler Nerven eine Dermatitis verursachen können.

The Vernes Flocculation Test for Syphilis (Die Vernessche Ausflockungsreaktion für Syphilis), von A. B. Baylis, A. E. Sheplar und W. J. McNeal-New York. S. 242. Die Vernessche Reaktion für Syphilis besteht in einer Flockungsreaktion des Patientenserums mit einem besonders vorbereiteten Antigen, dem „Péréthynol". Nach Verf. sollte sie ihrer feinen Empfindlichkeit wegen stets gleichzeitig mit der WR gemacht werden.

Dermatitis Industrialis in a Blue Print Worker Due to Chromium Compounds (Gewerbedermatitis durch Chromverbindungen bei einem Blaudruckarbeiter), von H. J. Parkhurst-Toledo, Ohio. S. 253. Eine durch Kalium bichromat bei einem Blaudruckarbeiter entstandenen vesikuläre und kleinpapulöse Dermatitis wurde später durch Eintauchen der Hände in eine gesättigte Lösung von schwefligsaurem Natrium vermieden. Diese Therapie sollte prophylaktisch in allen Blaudruckwerkstätten angewandt werden, oder es müßten den Arbeitern Gummihandschuhe verabfolgt werden.

Pityriasis Rosea: Two Unusual Cases (Pityriasis rosea: zwei ungewöhnliche Fälle), von D. W. Montgomery und G. D. Culver-San Francisco. S. 257. Selten tritt eine Pityriasis rosea bei einem Pat. zweimal auf. Hier wird ein Fall geschildert, bei dem Pityriasis rosea zum zweitenmal nach einem Intervall von 10 Jahren auftrat. Beide Male wurde die Diagnose von anerkannten Dermatologen gestellt. Der zweite bemerkenswerte Fall war mit starkem Pruritus verbunden.

Skin Diseases Due to Emotional Disturbances (Hauterkrankungen nach Gemütsbewegungen), von H. H. Hazen und E. R. Whitmore-Washington. S. 261. Verf. berichtet über Auftreten von Urtikaria, Erythemen, Neurodermitis, Pruritus usw. nach großen Erregungen.

Ringworm of the Scalp: Report of a Case in an Adult (Mikrosporie des Kopfes: Bericht eines Falles bei einem Erwachsenen), von G. Pernet-London. S. 267. Eine Mutter wurde von ihrem kleinen Sohn mit Mikrosporie des Kopfes infiziert.

L. Mühlpfordt-Allenstein.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 14. Juni 1925.

Jausion und Diot: **Zum Protokoll.** Mit Bezugnahme auf die Diskussionsbemerkungen von Pautrier zu dem Vortrage in der vorigen Sitzung über die örtliche Vakzinebehandlung des weichen Schankers, dürfte es sich empfehlen, das eigene Verfahren der Behandlung mit Filtraten von den den Streptobazillus begleitenden Keimen mit dem von P. erwähnten von Hababou Sala (Behandlung mit Filtratvakzine) von Streptobazillen zu kombinieren.

Favre: **A propos de la communication de MM. P. Chevallier et A. Barreau intitulée: adénopathies inguinales vénériennes non suppurées avec généralisation transitoire à des groupes ganglionnaires éloignés (forme non suppurée et extensive de la maladie de Nicolas et Durand)** (Zu der Mitteilung von P. Chevallier und A. Barreau betitelt: Nichtvenerische Inguinaldrüsenentzündung mit vorübergehender Ausbreitung auf entfernte Drüsengruppen [nichteitrige ausgedehnte Form der Nicolas-Durandschen Krankheit]). S. 253.

G. Thibierge, P. Legrain und Ch. Leblois: **Transmission aux parties glabres de l'homme du „Microsporon felineum". Description de la lésion chez le chat** (Übertragung von „Microsporon felineum" auf die unbehaarte Haut des Menschen. Beschreibung der Affektion bei der Katze). S. 262. Zwei Serien von 7 bzw. 3 Fällen mit teils außerordentlich ausgebreiteter Eruption zirzinärer Elemente, in gewissem Grade an Pityriasis rosea erinnernd, in anderen nur eine geringe Zahl von Kreisen, wie bei gewöhnlicher Trichophytie. Bei der einen Katze, die zu der einen Epidemie Anlaß gegeben hatte, konnten bei genauer Untersuchung Erscheinungen nachgewiesen werden, die leicht hätten übersehen werden können, kaum merkliche Lichtung der Haare, lokalisierte Pityriasis mit disseminierten miliaren Krusten. Kulturen aus den Schuppen einer

Digitized by Google

Pat. und den Haaren der Katze ergaben Microsporon felineum. Die Katze stammte aus England, wo Microsporon felineum häufig ist.

Milian: **Acné papuleuse miliaire lupoide** (Lupoide Acne papulosa miliaris). S. 267. In manchen Fällen von Rosazea finden sich gelbliche Knötchen, die besonders bei Glasdruck den charakteristischen Eindruck von Lupusknötchen machen. Eine 25jähr. Frau mit diesen Erscheinungen zeigte wesentliche Besserung nach Regelung der Diät und örtlicher Behandlung mit Schwefelwasser. Histologisch fand sich ein Lymphozyteninfiltrat, epithelioide und einige Riesenzellen. Nach $^1/_2$ mg Tuberkulin keine allgemeine oder örtliche Reizung. Es erscheint möglich, daß es sich bei der Acne papulosa miliaris um eine Tuberkulidvariation handelt. Sabouraud: Riesenzellen finden sich in vielen Hautinfiltrationen, ohne daß von Tuberkulose die Rede sein kann. Pautrier ist geneigt, dem histologischen tuberkuloiden Bilde jeden spezifischen Wert abzusprechen.

Milian und Rimé: **Pityriasis rubra pilaris chez un tuberculeux** (Pityriasis rubra pilaris bei einem Tuberkulösen). S. 269. Schwere Tuberkulose, an der der Pat. vor einigen Tagen zugrunde gegangen ist. Unzweifelhafte Pityriasis rubra pilaris am ganzen Körper, durch histologischen Befund diffuser und follikulärer Hyperkeratose sichergestellt. Die Erscheinungen sind gleichzeitig mit einer im Anschluß an eine Behandlung der Tuberkulose aufgetretenen Verschlimmerung dieser aufgetreten.

Louste, Caillau und Leclerc: **Un cas de sclérodermie subaiguë survenu dans la convalescence d'une chorée** (Fall von subakuter, in der Rekonvaleszenz von einer Chorea aufgetretener Sklerodermie). 15jähr. Mädchen. Die Krankheit ist in schnellem Fortschreiten. In dem histologischen Befunde ist der mehr intensiv degenerativ als sklerotische Zustand des Bindegewebes bemerkenswert, nach dem man nicht von einem Narbenprozeß sprechen kann.

P. Ravaut, Bith und Ducourtioux: **L'action de l'insuline sur l'évolution du psoriasis** (Die Wirkung des Insulins auf die Entwicklung der Psoriasis). S. 275. 3 mit kleinen Dosen behandelte Fälle. Die Erscheinungen gingen zurück, doch traten nach Aussetzen der Behandlung frische Effloreszenzen auf. Sehr gut war die Einwirkung auf das Jucken. Darier: Es handelt sich bei der Insulinbehandlung wohl um eine Organotherapie, bei der eine Einwirkung auf verschiedene Drüsen stattfindet. Man sollte nur Psoriatiker mit Leber- und Pankreasinsuffizienz der Behandlung unterwerfen. Von mehreren Rednern werden verschiedene Ansichten über die Art der Insulinwirkung und seine therapeutischen Erfolge bei Psoriasis geäußert.

P. Ravaut und Ducourtioux: **A propos d'un chancre mou lingual** (Über einen Fall von weichem Schanker der Zunge). S. 280. Gleichzeitig mit weichen Schankergeschwüren am Frenulum kleinlinsengroßes Geschwür am Zungenrücken nahe der Spitze, das ohne Behandlung in 10 Tagen heilte. Inokulationen fielen positiv aus. Die Seltenheit des weichen Schankers und die schnelle Heilung scheint damit zusammenzuhängen, daß der weiche Schanker keine große Affinität für die Schleimhaut besitzt. Lortat-Jacob glaubt, daß es sich um eine antiseptische Eigenschaft des Speichels gegenüber den Streptobazillen handelt. Cl. Simon bestreitet die Seltenheit des weichen Schankers an Schleimhäuten, abgesehen von der Zunge. Der Speichel wirkt nicht nur gegen den Streptobazillus, sondern auch gegen den Gonokokkus antiseptisch.

Hudelo und Lejard: **Erythème en plaque unique, à extension centrifuge, recidivant annuellement depuis trois ans** (Erythem in Form eines einzigen Plaques, mit zentrifugaler Ausbreitung, seit 3 Jahren jährlich rezidivierend). S. 298. Erythematöse Läsion mit sehr geringer Infiltration, bei den Rezidiven an verschiedenen Stellen des rechten Beines auftretend; Dermographismus. Wahrscheinlich handelt es sich um ein Erythema iris auf Grundlage eines latenten mikrobiellen Zustandes.

Fouquet und Machtou: **Cas d'intolérance au cours de traitements par le cyanure d'hydrargyre intraveneux** (Intoleranzerscheinungen im Verlaufe intravenöser Behandlung mit Quecksilberzyanür). S. 285. In 3 Fällen nach verhältnismäßig geringen Dosen Darm- und (auch bullöse) Hauterscheinungen.

Fouquet und Machtou: **Manifestations cutanées au cours de traitements par le bismuth seul ou associé au mercure** (Hauterscheinungen im Verlaufe von Behandlung mit Wismut allein oder in Verbindung mit Quecksilber). S. 289. Erythematösschuppende, einmal urtikarielle Erscheinungen, denen stets Jucken voraufgegangen war; Auftreten gewöhnlich am Ende der Behandlung, schnelles Schwinden nach Aussetzen. Im Verhältnis zu der großen Zahl der behandelten Kranken ist die Zahl der Fälle eine sehr geringe, was für die geringe Toxizität des Wismuts, besonders des Chininwismuts, spricht.

Digitized by Google

H. Montlaur: **Un cas d'encystement grave après injections intramusculaires d'hydroxyde de bismuth en suspension huileuse** (Fall von schweren Einkapselungserscheinungen nach intramuskulären Einspritzungen von Wismuthydroxyd in öliger Suspension). S. 294. Kur von 18 Einspritzungen ohne besondere Erscheinungen. 10 Wochen danach starke schmerzhafte Schwellung der einen Gesäßbacke, die allmählich entzündlichen Charakter annimmt. Inzision zeigt tief in den Muskeln eine der Zahl der Einspritzungen entsprechende Zahl von Höhlen mit nekrotischer Wandung, mit einer Mischung von Serum, Öl und Wismutoxyd angefüllt. Es erinnert das an die Erscheinungen nach grauem Öl und legt die Gefahren einer Massenresorption nahe.

Jeanselme, Jausion und Diot: **Vaccinothérapie locale du bubon chancrelleux par les filtrats de germes associés au bacille de Ducrey dans le chancre mou** (Örtliche Vakzinebehandlung des Schankerbubo mit Filtraten der beim weichen Schanker mit dem Streptobazillus verbundenen Keime). S. 298. Verwendet wurde ein Polyfiltrat von Kulturen von Staphylokokken, Streptokokken, Enterokokken, Corynebacterium cutis, Kolibazillen, Pyozyaneus. Nach Punktion des Bubo wird der Eiter aspiriert und sogleich eine etwas geringere Menge des Filtrates injiziert; nach 48 Stunden erneute Punktion, die einen sehr flüssigen und reichlichen Eiter ergibt, der wiederum durch Filtrat ersetzt wird, eventuell noch dritte Entleerung und Einspritzung, worauf der Bubo unter einfachem Verbande heilt. 6 Fälle mit durchweg gutem Erfolge. Zu häufig wiederholte Einspritzungen können schädlich wirken. Inzisionen sind kontraindiziert.

Jausion und Diot: **Les gélo-vaccins; leur principe, leur technique, leurs avantages dans le traitement des pyodermites** (Die Gelo-Vakzinen; ihr Prinzip, ihre Technik, ihre Vorzüge bei der Behandlung der Pyodermien). S. 303. Zur Aussaat erwies sich am geeignetsten Peptongelose; man kann Auto-Gelo-Vakzine, Poly-Gelo-Vakzine und vorteilhafter als diese Stamm-Gelo-Vakzine herstellen. Zur Anwendung werden sie im Wasserbade verflüssigt und auf sterile Kompressen aufgegossen. Zu häufiges Auflegen mehrmals am Tage erscheint schädlich. Gute Erfolge bei verschiedenen Erkrankungen: Sykosis, Staphylokokkenabszeß, Karbunkel, Lupus, zirzinäre erosive Balanitis mit Phimose und Gangrän. Die Behandlung ist eine spezifische; die Wirkung der von verschiedenen Keimen (Streptokokken, Staphylokokken) stammenden Vakzinen ist eine begrenzte, die Pyozyaneus-Gelo-Vakzine scheint jedoch auch bei anderen als Pyozyaneusinfektionen günstig zu wirken. Eine Kutivakzination auf weitere Entfernung findet nicht statt.

E. Lépinay: **Un cas de phagédénisme chancrelleux** (Fall von phagedänischem Schanker). S. 308. Im Anschluß an einen schnell geheilten Schanker im Sulkus entwickelte sich perforierender Bubo; Ausbreitung von Abszessen, fistulösen Geschwüren, Gangrän auf die ganze Leistengegend und den Schenkel. Als prädisponierende Ursache der schweren Erscheinungen bei dem sonst in sehr gutem Ernährungszustande befindlichen Pat. werden zahlreiche Varizen angenommen, deren Verlauf die Erkrankung folgte. Nach verschiedenartigen erfolglosen Behandlungen gelang Heilung durch tägliche Anwendung von heißer Luft und Ätherumschlägen. E. Levin-Berlin.

Venerologia und Dermatologia. (Russisch.)

1925, Nr. 3.

Augenblicklicher Stand der Frage der syphilitischen Erkrankungen des inneren Ohres, von K. Orleanski. Nach einer literarischen Übersicht kommt Verf. zu dem Schluß, daß die Prognose der syphilitischen Erkrankungen des inneren Ohres mehr oder weniger günstig ist, besonders in den nicht stürmisch verlaufenden und verhältnismäßig frischen Fällen; ferner ist sie im allgemeinen in der sekundären Periode besser als in der tertiären. Ist bereits eine völlige Taubheit eingetreten, so ist die Behandlung erfolglos. An und für sich muß die letztere in der Vorbeugung der Neurorezidive und bei eingetretenen Störungen seitens des N. acusticus in der Behandlung des letzteren mit spezifischen Mitteln bestehen.

Über die Unschädlichmachung des Neosalvarsans durch Gelatine, von J. Lipskerow und S. Grshebin. Gelatine besitzt die Fähigkeit, das Neosalvarsan unschädlich zu machen, indem Kaninchen, welche das Neosalvarsan in Gelatinelösung zu 0,35 pro kg Gewicht erhielten, am Leben blieben, während sonst die höchste verträgliche Dosis von Neosalvarsan, gelöst in Wasser, 0,3 pro kg Gewicht beträgt. Neosalvarsan-

Digitized by Google

lösungen in Gelatine unterscheiden sich in ihrer Wirkung auf die klinischen Erscheinungen wie auf die Spirochäten, die WR und in Hinsicht ihrer Nebenwirkungen in keiner Weise von den gewöhnlichen in Wasser.

Beobachtungen an Syphilitikern, welche gleichzeitig mit Bi und Neosalvarsan behandelt wurden, von W. Sucharew. Verf. hat mit verhältnismäßig kleinen Dosen Wismut, nämlich zu bloß insgesamt 1,5 und Neosalvarsan zu 2,0 bei Syphilitikern im ersten und zweiten Stadium gute Resultate erzielt.

Zur Frage der Nebenwirkungen des Wismuts, von Tjunkin. Die Toxizität des Wismuts ist viel geringer als diejenige des Quecksilbers und wird ohne alle Folgen vom Organismus vertragen; sogar ein schlechter Zustand der Mundschleimhaut hindert nicht die Anwendung desselben.

Ein Fall von Roseola granulata (Roseole piqueté), von Benjaminowitsch. Verf. vergleicht seine Beobachtung eines Falles von granulierter Roseola syphilitica mit derjenigen von A. Stein, veröffentlicht in der Wratschebnaja Gaseta vom Jahre 1924, und findet kleine histologische Unterschiede, indem außer der verdickten Hornschicht sich ein diffuses Infiltrat um die Gefäße in der Kutis fand, welches, zum Unterschied von dem genannten Fall, stellenweise die Wände der Schweißdrüsen durchwucherte.

Ein Fall von Granuloma annulare, von Rosentul. Sitz desselben auf dem rechten Handrücken bei einer 22jähr. Virgo. Histologisch handelte es sich um eine chronische Entzündung vom Typus der Infektionsgranulome, welche sich sehr dem Sarkoid Boeck nähert. Eine tuberkulöse Ätiologie ließ sich nicht nachweisen.

Die Leprakolonie in Krutije Rutschji, von Makarow. Kurzer Rechenschaftsbericht über die seit 30 Jahren in der Umgegend von Kingisepp, früher Janburg, bestehende Leprakolonie. Im ganzen sind daselbst im Laufe dieser Zeit 497 Kranke verpflegt worden, von denen sich ebendort 79 befinden, darunter 37 Männer und 42 Frauen. Es überwiegen die Fälle von tuberöser Lepra über diejenigen der makuloanästhetischen Form. Obgleich die Kolonie nicht völlig von der umgebenden Bevölkerung abgeschlossen ist, hat sich im Laufe dieser Zeit des Bestehens nur eine Wäscherin infiziert, welche in der Kolonie arbeitete. Die Behandlung besteht im Augenblick seitens der Ärzte Dr. John und Repiljado in intravenösen Injektionen von Ol. gynocardiae colloidale, welches eine günstige Wirkung ausübt, und in Bluttransfusionen von einem Kranken auf den anderen.

Ein Fall von Tuberculosis verrucosa cutis, von Kubarew. Auf der linken Hand bei einer 60jähr. Frau, anscheinend infolge Infektion von einer tuberkulösen Kranken.

Eine massenhafte Erkrankung an Vulvovaginitis unter den Zöglingen der Internate des Wyborgschen Rayons (in Leningrad), von A. Wassiljew. Unter 473 Mädchen mehrerer Internate wurden 74 Fälle von Vulvovaginitis beobachtet, die ihren Anfang im Hungerjahre 1919 nahmen und sich in den folgenden Jahren fortsetzten. Es erwies sich aber, daß die Erkrankung nicht auf Gonokokken, sondern auf saprophytischen Mikroorganismen und auf Staphylokokken beruhte, wozu dann noch Erschöpfung des Organismus der Kinder durch Hunger und akute Infektionskrankheiten: Masern, Scharlach und Diphtherie kamen. Endlich dürften auch noch Unsauberkeit der äußeren Genitalien und Übertragung der Staphylokokken infolge Onanie hinzugekommen sein.

Die Prophylaxe der Blennorrhoe und die venerologischen Ambulatorien, von Saigrajew. 98% der Tripperkranken wandten sich an die Ambulatorien erst bei Erscheinungen von seiten der tieferen Partien der Urethra.

Beobachtungen über das Reargon, von Schischow. Unter 25 Tripperfällen, die mit Reargon behandelt wurden, ließ sich nur in 5 ein Erfolg wahrnehmen, so daß das Reargon zu entbehren ist.

Über den augenblicklichen Stand der experimentellen Syphilis, von J. Finkelstein. Die Pathogenese der Syphilis bei den Affen ist im allgemeinen mit derjenigen des Menschen hinsichtlich des ersten und zweiten Stadiums identisch. Im tertiären Stadium werden aber typische Gummen nicht beobachtet. Die sogenannte Nervensyphilis ist derjenigen beim Menschen nicht analog. Da eine geschlechtliche Übertragung beim Affen bisher niemand gelungen ist, fällt auch eine experimentelle Erbsyphilis beim Affen fort.

Die Reaktionen von C. Bruck, R. Kahn und E. Meinicke bei der Syphilis, von Wershikowski. Die Flockungsreaktionen können die WR nicht ersetzen, sondern nur ergänzen bei gleichzeitiger Anstellung. Bei allen Flockungsreaktionen sind unspezifische Resultate möglich.

Digitized by Google

Extragenitale Schanker, von Goldschmied. In dem Permschen Bezirkshospital beobachtete Verf. in der Zeit von 1916—1924 18 extragenitale Schanker; davon betrafen: die Mandeln 5, die Oberlippe 5, die Unterlippe 3, das Augenlid 1, die Brustdrüse 1 und die Partie oberhalb der Mons veneris 3.

Zwei Fälle vernachlässigter Syphilis in Verbindung mit Kurpfuschertum, von Sielberg. Schwere Zerstörungen nach ausschließlicher Kräuterbehandlung bei zwei Personen aus der Provinz.

Über die Ergebnisse der ersten Jahresarbeit im II. Moskauer Venerologischen Ambulatorium, von Porudominski. Die richtige Zählung, Registrierung und Statistik der venerischen Kranken bilden das A und das O der Tätigkeit der Ambulatorien. Es erwies sich, daß 37% der Männer eine Infektion seitens der Prostituierten und 59% durch zufällige Verbindungen angaben. Weitere Forschungen müssen ergeben, ob nicht aber unter den zufälligen Verbindungen vielfach solche auch mit Prostituierten zu verstehen sind. Die Besichtigung von 8827 Arbeitern aus 19 Unternehmungen ergab, daß nur 1% derselben venerisch krank waren, während nach den Ergebnissen an dem Ambulatorium 4% hätten krank sein müssen. Erfreulich ist es, daß 95% der Syphilitiker, welche das Ambulatorium aufsuchten, sich akurat weiterbehandeln ließen. Von den Frauen akquirierten 73% die Syphilis in der Ehe. Unter 1419 kranken Kindern hatten 72 Tripper, 349 Syphilis, davon 227 Erbsyphilis. Unter den Fällen von Familiensyphilis war dieselbe in 68% durch den Vater, in 21% durch die Mutter, in 6% durch die Kinder und in 5% durch Anverwandte eingeschleppt worden.

Das erste Tausend von Syphilitikern, die im II. Leningradschen Venerologischen Ambulatorium notiert wurden, von Wan-Gaut. Unter diesen Kranken waren 50% Männer, 41,7% Frauen und 8% Kinder. Nach den verschiedenen Formen gruppierten sich die Kranken folgendermaßen: Syphilis I 79, Syphilis II recens. 86, Syphilis II recidiva 136, Syphilis latens (bis zu 5 Jahren) 417; davon befanden sich im seropositiven Stadium 60%, im seronegativen 40%. Syphilis III mit Erscheinungen 77, Syphilis III latens (älter als 5 Jahre) 89, Syphilis cerebrospinalis 31, Syphilis congenita 91.

A. Jordan-Moskau.

Bücherbesprechungen.

Handbuch der Salvarsantherapie mit Einschluß der experimentellen biologischen und chemischen Grundlagen, von W. Kolle und K. Zieler. I. Band mit 20 Abbildungen. II. Band mit 22 Abbildungen und 3 farbigen Tafeln im Text. (Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien 1925.) I. Band. Schloßberger: Die experimentellen Grundlagen der Salvarsantherapie. Bauer und Benda: Chemie der organischen Arsenverbindungen. Stühmer: Das Schicksal des Salvarsans im Körper und seine Ausscheidung. Nathan: Methodik und Technik der intravenösen Salvarsantherapie. Bering: Therapeutische Anwendung und Wirkung der Salvarsanpräparate bei Menschen. Spiethoff: Verlauf der Syphilis unter Salvarsantherapie. Zieler und Mutschler: Die Frühbehandlung der Syphilis. Naegeli: Reine Salvarsanbehandlung. Stühmer: Die kombinierte Salvarsan-Hg-Behandlung. Schönfeld: Einzeitige Salvarsan-Hg-Therapie mit Hg-Salvarsangemischen.

II. Band: Nast: Methodik und Technik der endolumbalen Salvarsantherapie. Schönfeld: Indikationen und Bedeutung der endolumbalen Salvarsantherapie. Finkelstein und Davidsohn: Die Salvarsantherapie der kongenitalen Syphilis. Zieler und Birnbaum: Exantheme und Ikterus bei Salvarsanbehandlung. Schmidt: Wirkung von Salvarsan und Quecksilber auf die Funktion der Niere. Linser: Über die Salvarsantodesfälle. Jaffé: Pathologisch-anatomische Veränderungen nach Anwendung von Salvarsanpräparaten (Salvarsantodesfälle). Förtig: Indikationen, Dosierung, Vorsichtsmaßregeln, Verhütung der Nebenerscheinungen, Idiosynkrasie. Arnoldi und Citron: Die Salvarsanbehandlung der Syphilis der inneren Organe. Kyrle: Neurorezidive und Frühlues des Gehirns. Igersheimer: Salvarsan und Auge. Beck: Salvarsan und Ohr. Kyrle: Salvarsanbehandlung der Tabes. Sioli: Salvarsantherapie der progressiven Paralyse. Kranz: Wirkung des Salvarsans bei Spirochäteninfektionen des Mund- und Rachenraumes. Baermann: Salvarsanbehandlung der Malaria, Framboesie und der Tropenkrankheiten. Kudicke: Die Salvarsanbehandlung des Rückfallfiebers. Mießner und Albrecht: Die Salvarsantherapie in der Veterinärmedizin. Nathan: Silbersalvarsan. Galewsky: Neosilbersalvarsan.

Digitized by Google

Jesionek: Sulfoxylatsalvarsane und Derivate. Fabry: Klinische Erfahrungen mit Sulfoxylsalvarsan und Ratschläge für die Sulfoxylsalvarsantherapie.

Das detaillierte Inhaltsverzeichnis des zweibändigen, über 1600 Seiten starken Werkes vermag eigentlich mehr als jegliche Anzeige klarzustellen, welch hohen und bleibenden Gewinn Ehrlichs schöpferischer und unermüdlicher Nachfolger im Verein mit einem der kritischsten Dermatologen der medizinischen Literatur und der praktizierenden, ihrer Verantwortung sich voll bewußten Ärzteschaft beschert hat. Dem Andenken von Paul Ehrlich ist das Werk gewidmet. Bei seiner nun schon über viele Monate sich erstreckenden Durcharbeitung kamen dem Ref. immer wieder die Worte in Erinnerung, mit welchem in der ersten Auflage des Handbuches der Serotherapie Paul Ehrlich seinen Aufsatz: Die Chemotherapie, ihre Grundlagen und praktische Bedeutung geschlossen hatte. „Wenn wir nur die Überzeugung haben — und diese ist durch die Tierversuche gegeben —, daß wir ein wirkliches Heilmittel haben, das schwer Erkrankte der Genesung zuführen kann, so scheint es mir geboten, lieber sich mit einem gewissen Risiko zu belasten, als unter Vermeidung desselben den Erfolg zu vereiteln und schließlich den Pat. seinem Schicksal zu überlassen!" Das war vor Einführung des Salvarsans geschrieben. Mit ihm hatte Ehrlich das souveräne Heilmittel gegen die Syphilis gefunden. Das Ausmaß dieses von Ehrlich betonten Risiko vermag der mit der Literatur mitgehende Praktiker ohne allzu große Schwierigkeiten an der Hand dieses Standardwerkes zu bestimmen. In tiefschürfendem Vorwort grenzen Kolle und Zieler Stellung und Bedeutung der Chemotherapie gegenüber der Pharmakologie ab und finden ihre Berührungspunkte mit den von Paracelsus inaugurierten, in ihren Anfängen durch das ganze Mittelalter flutenden Ideen der Jatrochemiker. Erst der Tierversuch machte der modernen Chemotherapie die systematische und zielbewußte Arbeit möglich. Mit der wissenschaftlichen Darlegung der Salvarsantherapie mußte darum das Werk auch die Grundlagen der Chemotherapie sowie viele biologische und therapeutische der Syphilis und einer Reihe anderer Krankheiten im besonderen behandeln.

Je tiefer wir in das Studium irgend einer Krankheit eindringen, um so undurchdringlicher erscheint uns das Dunkel, das viele der noch ungelösten Probleme, die in dieser Krankheit liegen, umgibt. Wohl keines dieser Probleme ist in dem Werke unberührt geblieben; wohl jedes ist nach irgend einer Richtung hin gefördert worden. Dafür bürgen auch die Namen der Mitarbeiter, die berufen worden sind, um in wirklichen kleinen Kunstwerken auf ihren ureigenen Gebieten Grundlagen und Aussichten der Heilung einer Krankheit zu erörtern, die an Bedeutung für den einzelnen und für die Gesellschaft und für die gesamte Menschheit alle anderen Krankheiten weit hinter sich läßt.

Der über die Salvarsantherapie arbeitende Wissenschaftler hat an der Hand der sorgfältigen Literaturverzeichnisse, die jedem Kapitel angehängt sind, es von nun an leicht, mit größter Zeitersparnis seinen kleinen Baustein in die Salvarsanliteratur einzufügen oder ihn aus ihr ganz fortzulassen. Die Domäne, die für das Salvarsan in der Abortiv- und Frühbehandlung liegt, wird den Facharzt, der ohne dieses Werk überhaupt nicht auskommen kann, in der Idee begeistern, an dem Ausbau der Syphilisdiagnostik nach Kräften mitzuarbeiten und die Syphilisätiologie ihrer letzten Rätsel zu entkleiden.

Noch keine 20 Jahre sind seit Einführung des Salvarsans verflossen. Welch' riesenhafte Arbeit ist chemisch, experimentell und klinisch dank der deutschen Wissenschaft mit ihm verankert. Offenherziger, erschöpfender, anregender kann kein Rück- und Vorblick auf einem wissenschaftlichen Gebiet geleistet werden, als es mit diesem Handbuch der Salvarsantherapie geschehen ist. Der eingehende Aufsatz von Schloßberger über die experimentellen Grundlagen der Salvarsantherapie dürfte wohl für lange Zeit nach seiner ganzen Anlage als richtunggebend gelten. Auf ihm bauen sich fast zwanglos für den andächtigen Leser die folgenden Aufsätze auf. Entgegen seiner ursprünglichen Absicht möchte der Referent keine Einzelheiten bringen, um den großen und nachhaltigen Eindruck nicht abzuschwächen, den er mit der Anzeige des Buches so gerne seinen Fachkollegen vermitteln möchte. E. Delbanco-Hamburg.

Lebensvorgänge in der Haut der Menschen und der Tiere, von P. G. Unna und J. Schumacher. Für Ärzte, Tierärzte, Biologen und naturwissenschaftlich Interessierte. Mit einem tinktoriell-chemischen Zellenschema. (Franz Deuticke, Leipzig und Wien 1925.) Die von Unna ausgearbeitete Methode der Chromolyse hat in jeder Zelle ein Mosaik scharfdefinierter Substanzen kennengelehrt, und wir vermögen heute die Bausteine der Zelle voneinander genau zu unterscheiden; wir wissen die Nukleinorte, die Globulinstellen, die Zytosepartien und die Fermentorte festzustellen, ebenso wie wir

Digitized by Google

die Sauerstofforte und die Reduktionsorte mit Erfolg studiert haben. Seitdem vor 18 Jahren Ref. die Oxydasenreaktion in die mikrochemische Technik eingeführt hat, ist durch den unvergleichlichen Findersinn von Unna unsere Kenntnis von der chemischen Architektonik der Zelle in einer Weise gefördert worden, daß wir, dank seinen Arbeiten, heute von einer wirklichen Biochemie der Zelle sprechen dürfen; heute verstehen wir die Funktionen des Kernes und des Kernkörperchens, und heute kennen wir infolge des unermüdlichen Fleißes von Unna die gegenseitigen Beziehungen der einzelnen architektonischen Elemente der Zelle.

Wir wissen, daß die morphologisch unterscheidbaren Bestandteile der Zelle aus der Kombination von sauren und basischen Eiweißen bestehen; aber die Schwierigkeit, die sich bei der Frage nach der räumlichen Verteilung der Eiweißarten in jedem färberisch darstellbaren Punkte der Zelle ergibt, wäre kaum zu überwinden, wenn uns Unna nicht in dem vorliegenden Buche den Vergleich jedes solchen Punktes mit einem kleinen Gebäude deutlich machen würde, in welchem drei Stockwerke für die Aufnahme der verschieden färbbaren Eiweiße vorgesehen sind. Die Zusammenarbeit des großzügig denkenden Histochemikers Unna mit dem durch seine Silberfärbung allgemein bekannt gewordenen Berliner Dermatologen Schumacher hat es möglich gemacht, daß dem Leser des vorliegenden Buches ein farbiges Stockwerkschema vorgelegt wird, das uns eine Lokalisierung der verschiedenen Eiweißarten vorstellungsmäßig ermöglicht und uns gestattet, die Bausteine der Zelle nach Eiweißgehalt, chemischer Reaktion, Löslichkeit und Verhalten zum Sauerstoff zu trennen.

Die Menge der histochemischen Detailarbeit, welche in dem neuen Buche niedergelegt ist, läßt sich im kurzen Rahmen eines Referats nicht ausreichend beschreiben; kein Kapitel der Hauthistologie bleibt unerwähnt, und wer immer sich künftig mit wissenschaftlicher Arbeit in der Dermatologie beschäftigen will, muß das Buch studiert haben. Die genauen Angaben neuer Färbemethoden, welche zur färberischen Darstellung einzelner wichtiger Formelemente dienen, finden sich an richtiger Stelle, und eine große Zahl von scheinbar eingestreuten färbetechnischen Bemerkungen erhöhen den Wert des Buches für den auf neuen Wegen gehenden Forscher. So gibt die Darstellung der Mastzellen- und der Plasmazellenfrage den Verff. die Gelegenheit zu erklären, warum bei Hautkarzinomen der Plasmomwall um so breiter ist, je gutartiger der Krebs ist, und unter welchen Umständen die Tuberkelbazillen und die Spirochäten als Reiz zur Plasmazellenbildung fungieren. Der Begriff der „sauren Kerne" wird uns durch die Schilderung der Globulinmetamorphose klar, und wir lernen erst aus den Ausführungen des vorliegenden Werkes die chemischen Vorgänge bei der Verhornung genauer verstehen. Die Beziehungen des Elastins zum Kollagen und der interessante Vergleich der Elastinbildung mit der Verhornung liefert neue Aufschlüsse über das Wesen der Elastinfärbungen, und die Darstellung der Pigmentfrage zeigt uns, wo die weitere Pigmentforschung einzusetzen hat. Die verschiedenen Arten der Hautpigmente, die Epithelgruppe, die Bindegewebsgruppe und die Horngruppe, werden in ihren färberischen Verhältnissen genau geschildert und die Beziehungen des Blutfarbstoffes zum Melanin auf Grund der neugewonnenen Anschauungen besprochen. Die bisherige Auffassung, daß das Pigment eine Reduktion des Silbernitrats hervorzurufen vermag, wird verworfen und zum Nachweis des Reduktionsvermögens des Oberhautmelanins die Eisenzyanfärbung mit rotem Blutlaugensalz und Eisenchlorid empfohlen. Eine eben solche Fülle von Anregungen gibt das Schlußkapitel des Buches, welches sich mit der Fettproduktion der Haut beschäftigt; wir werden darauf hingewiesen, daß die Cholesterinester in zwei ganz verschiedenen Formen vorkommen, und daß man zwischen der endogenen Cholesterinesterbildung in der Hornschichte und zwischen der exogenen Cholesterinbildung in den Xanthomen unterscheiden müsse. Die Notwendigkeit, die Hautfette in Zellfett und Sekretfett zu trennen, wird dem Leser klargemacht und gezeigt, daß sich das menschliche Hautfett grundsätzlich von dem Fette der Schafwolle unterscheidet, also kein Lanolin enthält.

Die beiden Autoren haben eine wichtige Arbeit geleistet; unter sorgsamer Heranziehung der Literatur ist es ihnen geglückt, ein interessantes und wichtiges Buch zu schaffen, aus welchem der Dermatologe für seine weiteren Arbeiten viel schöpfen kann und aus welchem der Biologe sich über den heutigen Stand der wichtigsten Fragen der Zellchemie orientieren kann. Nicht mit Unrecht trägt das Buch den Titel „Lebensvorgänge in der Haut"; es ist in der Tat ein Buch, aus welchem man erkennt, wie die Haut ihr eigenes Leben führt und wie notwendig es ist, die Histochemie der Haut zu studieren, wenn man das Leistungsvermögen des menschlichen und tierischen Körpers

Digitized by Google

begreifen will; und deshalb wendet sich das Buch mit Recht nicht bloß an Ärzte, Tierärzte und Biologen, sondern an alle naturwissenschaftlich Interessierten.

F. Winkler-Wien.

Lehrbuch der Strahlentherapie. Bd. 2: Die Strahlentherapie in der Chirurgie, von H. Meyer. (Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin 1925.) Der erste Band des Lehrbuches enthielt die wissenschaftlichen Grundlagen der Strahlentherapie. Die nächstfolgenden beschäftigen sich mit der praktischen Ausübung dieser Therapie; außerdem enthalten sie kurze Berichte über die wissenschaftlichen Grundlagen, wofür der Praktiker, der sich nur einen Band erstehen kann, dankbar sein wird. Der vorliegende Band hat zum Inhalt die Strahlentherapie in der Chirurgie, Ophthalmologie, die Erkrankungen des Rachens, der Nase und der Ohren. Ein jedes Kapitel dieser einzelnen Spezialfächer ist in sich abgeschlossen verfaßt. Die allgemeinen Kapitel sind verfaßt von Baerwald, Rapp, Holfelder, R. Werner; die speziellen Kapitel der Chirurgie sind bearbeitet von R. Werner, Flesch-Thebesius, O. H. Petersen, Jüngling, Holfelder. Über die Strahlentherapie in der Augenheilkunde berichtet Birch-Hirschfeldt; die Strahlenbehandlung der Krankheiten der Nase, des Kehlkopfes und der Ohren ist bearbeitet von Beck und Rapp. Dankbar zu begrüßen ist, daß auch die Diathermie mit in den Band Aufnahme gefunden hat. A. E. Stein-Wiesbaden hat über sie ein allgemeines Kapitel und mehrere spezielle, darunter auch über Strikturen, Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane geschrieben. Lesenswert ist die Abhandlung über die operative Behandlung mit Diathermie in der Lupusbehandlung, die Entfernung der Warzen, der Angiome, der Tätowierungen. Jeder Chirurg wird in diesem Bande alles Notwendige zur praktischen Ausführung finden; er wird diesen Band als Nachschlagewerk benutzen und sich über die schöne äußere Ausstattung freuen. Der Band ist auch einzeln käuflich. Der Preis beträgt 33 M.

E. Hornemann-Lüneburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Allgemeine Pathologie und Diagnostik.

Untersuchungen über metastatische Pneumokokkendermatosen, von F. Windholz, Path. Inst. Tübingen. (Ziegiers Beitr., 1925, Bd. 73, H. 2, S. 432.) Die sehr spärliche Kasuistik wird um drei interessante und ausgiebig untersuchte Fälle bereichert. Es handelte sich um metastatische Dermatosen bei einem nach Bronchitis und Varizellen zum Exitus gekommenen 8 Monate alten Knaben, um ein an sekundärer Bronchopneumonie zugrunde gegangenes 8 Tage altes Kind und eine gleichfalls gestorbene 73jähr. Frau mit Unterlappenpneumonie. Klinisch waren teils livide Flecken, teils verfärbte Infiltrate besonders an den Streckseiten der Extremitäten und des Gesäßes charakteristisch. Histologisch boten alle Fälle mehr oder weniger Intaktheit der Epidermis und deutliche Infiltration der Subkutis, insbesondere der Kapillarzone dar. Im Gegensatz zu Jadassohns Auffassung lokalisieren sich nach Verf. die Gefäßveränderungen in den kleinen Arterien, nicht Venen. In zwei von den drei Fällen war der von E. Fränkel als Arteronekrose bezeichnete Prozeß sehr deutlich nachweisbar. Die Pneumokokken fanden sich besonders zahlreich und agglutiniert in den Arterienlumina und in der Intima. Die Gefäßwandschädigungen und die thrombotischen Veränderungen bestätigten die infektiöse Natur der Exantheme. Die Seltenheit dieser Beobachtung bleibt tatsächlich um so bemerkenswerter, als ja bei jeder Pneumonie bekanntlich Kokken in die Blutbahn gelangen. Am häufigsten setzen sich die Pneumokokkon in den Nieren, Nebennieren, Milz usw. an, während es sehr selten zu hämatogenen Hautmetastasen kommt. Verf. nimmt deshalb an, daß die Haut gegen die hämatogene Ansiedlung der Pneumokokken über einen höheren Schutz verfügt als andere Organe. Es erscheint ihm nicht ausgeschlossen, daß dieser Schutz in einer besonders starken Agglutinationsfähigkeit und Bereitschaft zur Phagozytose der Hautgefäßendothelien gegeben ist.

H. Lippert-Köln.

Pharmakologie und allgemeine Therapie.

Wie sollen wir uns zu der Homöopathie stellen?, von A. Bier, Chir. Univ.-Kl. Berlin. (M. m. W., 1925, Nr. 18, S. 713 und Nr. 19, S. 773.) Bier erkennt in der Homöopathie einen guten Kern und fordert zu ihrem Studium auf. Für die Zwecke

Digitized by Google

dieser Wochenschrift sei aus dem Artikel, der sicher nicht unwidersprochen bleiben wird, nur hervorgehoben, daß Bier besonders mit dem Schwefel in homöopathischem Sinne gearbeitet hat. Furunkulose-Erkrankte bekommen dreimal täglich 1 Tablette Sulf. jodat. D 6 eine halbe Stunde vor dem Essen = täglich ein dreizehntausendstel Milligramm Jodschwefel. Die ganze Behandlung der Furunkulose erforderte nur 100 Tabletten. Auch bei Acne vulgaris, indurata und selbst bei Rosazea wurden gute Erfolge erzielt, ähnlich bei anderen Staphylomykosen der Haut. Bei akuten Furunkeln sind die Erfolge mindestens so gut wie bei jeder anderen Behandlung gewesen; selbst Herdreaktion sei zu beobachten gewesen. Von den Karbunkeln kommt nur der beginnende in Betracht. Die Höhensonne, von welcher Bier „sonst nicht viel hält", ist bei Furunkulose anderen Lichtquellen überlegen; aber die Schwefelbehandlung ist noch wesentlicher besser, einfacher und billiger. Der Schwefel wirkt also nicht als Hautdesinfiziens, noch als Darmdesinfiziens, sondern durch Anregung der Hauttätigkeit. Daß es aber auch auf die Form des Mittels ankommt, geht daraus hervor, daß die weitaus größeren S-Mengen, die mit der Nahrung aufgenommen werden, wirkungslos sind. Bei frischen Verbrennungen empfiehlt es sich, kurze Zeit einmal eine Luft von 100° aus einer Heißluftdusche zuzuführen. Die Schmerzen verschwinden sofort, Blasen trocknen ein und die neue Epithelialisierung geschieht sehr schnell. A. v. Notthafft-München.

Über unspezifische Therapie, von W. Weichardt-Erlangen. (M. m. W., 1925, Nr. 16, S. 650.) Die Arbeit kann gekürzt nicht wiedergegeben werden. Es ist das Original einzusehen. A. v. Notthafft-München.

Ein Beitrag zur Frage der Fibrolysinintoxikation, von K. Peter, Univ.-Nervenkl. Hamburg. (M. m. W., 1925, Nr. 17, S. 692.) Nach der 7. Injektion: Temperaturerhöhung und schlechtes Allgemeinbefinden. Nach der 8. Injektion hohes Fieber, akuter Verfall, schwerster Allgemeinzustand, Detrusorschwäche, Albuminurie, Zylinder, Leukozyten, Erythrozyten. Nach nochmaliger Fibrolysininjektion dieselben Erscheinungen und Thrombose an einem Bein. Auch auf spätere Injektion wieder Störungen. Der (nicht dermatologische) unheilbare schwere Krankheitsfall rechtfertigte die Wiederaufnahme der Injektionen trotz der ernsten Folgen. A. v. Notthafft-München.

Über die Wirkung des Schwefels und der Schwefelquellen, von E. Bürgl, Pharm. Inst. Hochschule Bern. (Kl. W., 1925, Nr. 20, S. 961.) Zu den körpereigenen Stoffen, über deren physiologisches Verhalten und nach Zufuhr durch therapeutische Maßnahmen wir noch vielfach schlecht unterrichtet sind, gehört auch der Schwefel. Es scheint, daß eine seiner wichtigsten Wirkungen im intermediären Stoffwechsel sich findet. Es erfolgen hierbei einerseits Oxydationen, andererseits auch Reduktionen, so daß es nicht unmöglich ist, daß unter Umständen im Grundumsatz keine Veränderung erfolgt. Bei den Untersuchungen, die der Verf. an der Schinznacher Schwefelquelle an den dort behandelten Pat. anzustellen Gelegenheit hatte, ergab sich, daß die Schwefelbäder einerseits wohl infolge Resorption der von ihnen ausströmenden Gase wirken, andererseits aber auch durch Resorption von der Haut aus, die durch die keratolytische Komponente des Schwefels bedeutend erleichtert wird, so daß mit einem starken Eindringen des Schwefels in die Epidermis zu rechnen ist. E. Langer-Berlin.

Über das Wesen der oligodynamischen antibakteriellen Metallwirkung, von A. Buschke, F. Jacobsohn und E. Klopstock, Derm. Abt. Rud.-Virch.-Krkh. Berlin. (D. m. W., 1925, Nr. 15, S. 595.) Die oligodynamische Wirkung chemisch reiner Metalle, wie Tl, Ag, Eu, Bi, Hg, erlischt, sobald die Mobilisierung ihrer Ionen behindert ist. Dies wird z. B. durch völligen Luftabschluß erreicht, indem dadurch die Bildung von Oxydationsstufen bzw. Karbonaten verhindert wird. Speziell am Thallium konnte nachgewiesen werden, daß der Luftzutritt in allererster Linie der Bildung löslicher und ionisierbarer Verbindungen dient. Die Abtötung der Bakterienzelle durch das Metallion erfolgt durch Eiweißverbindung und O_2-Katalyse mit folgender Dehydrierung. F. Harry-Wiesbaden.

Sur le rôle des protéines dans la diffusion des composés mercuriels „insolubles" (Über die Rolle der Proteine bei der Diffusion der „unlöslichen" Quecksilberverbindungen), von J. T. Rico. (Compt. rend. Soc. Biol., 1925, Bd. 92, H. 15, S. 1244.) Die Diffusion der Hg-Ionen ist in peptonhaltigen Medien größer als in peptonfreien. Der Diffusionsgrad geht parallel dem Gehalt des Mediums am Pepton. Dagegen ist das Wachstum von Milchsäurebazillen auf peptonfreiem Hg-haltigem Boden mehr gehemmt, was Verf. erklärt durch die Annahme einer Verminderung der Sensibilität der Milchsäurebazillen gegenüber dem Hg-Ion, da sie sich auf peptonhaltigem Boden gut entwickeln. Es steht jedenfalls fest, daß Peptonzusatz die Diffusionskraft des Hg-Ions deutlich verstärkt. H. Lippert-Köln.

Digitized by Google

Die Behandlung der Dermatosen mit Eigenblut, von A. Memmesheimer, Hautkl. Städt. Krkh. Essen. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1925, Nr. 6, S. 168.) Unter Hinweis auf deutsche und französische Literatur empfiehlt Verf. die „Vebli" (Venenblutinjektion) für juckende Dermatosen aller Art, besonders solchen auf „diätetischer" Grundlage, z. B. Prurigo, Urtikaria, Neurodermitis. Erwähnenswert ist nach den eigenen Erfahrungen des Verf. die günstige Wirkung der „Vebli" auf toxische Exantheme (Sa-, Hg- usw.) und auch auf Erysipel. Das oft nach den Einspritzungen, deren Technik ich als bekannt voraussetze, auftretende Fieber und die gelegentlich zu beobachtenden anaphylaktischen Erscheinungen deutet Verf. als Denaturierungserscheinung der sehr labilen Serumkolloide durch den auch noch so kurzen Aufenthalt in der nicht besonders präparierten Injektionsspritze; es handelt sich also im Prinzip um eine Proteinkörpertherapie.
F. Jacobsohn-Berlin.

Verminderung der Entzündungsbereitschaft durch Säurezufuhr. Das Wesen der entzündungshemmenden Wirkung des Atophans, von K. Fuerst, Pharm. Inst. Univ. Königsberg. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1925, Bd. 105, H. 3/4, S. 238.) Nach der vorliegenden Literatur war zu erwarten, die Chlorkalziumwirkung auf einen künstlich hervorgerufenen Entzündungszustand müsse durch Säurezufuhr zu substituieren sein. Durch eine Methodik, deren Prinzip darin besteht, daß Kaninchen auf die enthaarte Haut abgestufte Senfölverdünnungen appliziert wurden, dann die Intensität der entzündlichen Reaktion graduell verglichen wurde, ließ sich der Einfluß entzündungswidriger Maßnahmen an demselben Tier nachweisen und sich einigermaßen quantitativ abschätzen. Verf. konnte nachweisen, daß Salzsäure in derselben Art entzündungswidrig wirkt wie $CaCl_2$. In beiden Fällen tritt durch Abnahme des Bikarbonatgehaltes des Blutes eine Zunahme des Gehaltes an freien Ca-Ionen auf. Die ebenfalls von der Verf. untersuchte Wirkungsweise des entzündungswidrigen Atophans wirkt nicht durch CO_2-Bindung im Blute, sondern durch starke Herabsetzung der Hauttemperatur. F. Jacobsohn-Berlin.

Eine neue Art der Stromentnahme aus Taschen- und anderen Batterien zu medizinischen Zwecken, von H. Mörig-Stuttgart. (M. m. W., 1925, Nr. 20, S. 839.) Es handelt sich um die Empfehlung einer kleinen Zange, mit welcher man in die Blechstreifen der Taschenlampen Löcher für die Aufnahme der Anschlußstifte des Kabels stechen kann. Wichtig für Zystoskopie und Urethroskopie. Fabrikant: Heynemann-Leipzig.
A. v. Notthafft-München.

Zur Technik der intravenösen Injektion, von T. Benedek-Leipzig. (M. m. W., 1925, Nr. 15, S. 598.) K. empfiehlt in Fällen schwieriger Zugänglichkeit einer Armvene, die Injektion in die Vena jugularis externa zu machen. Die Vene trete, wenn der Kranke mit geschlossenem Munde preßt, stark hervor. Während der Einspritzung atmet der Kranke mit offenem Munde. Verbindet man diese mit einer Blutentnahme, so lasse man, um Luftembolie zu vermeiden, während des Wechselns der Spritze wieder pressen. (Ref. bemerkt dazu, daß er seit langem diese Methode mit Erfolg benutzt; sie ist ihm aber durchaus nicht immer leicht geworden. Gegen die überhaupt sehr geringe Gefahr der Luftembolie schützt man sich genügend durch Zuhalten des Talons der Nadel.)
A. v. Notthafft-München.

Zur Technik der intravenösen Injektion, von Fr. Ortmann-Magdeburg. (M. m. W., 1925, Nr. 18, S. 738.) Empfehlung der Vena jugularis externa als Applikationsort von Salvarsan bei Säuglingen. Kleines Kissen unter die Schulterblätter; Hintenüberbeugung des Kopfes und seitliche Fixierung, dünne Nadel. A. v. Notthafft-München.

Beitrag zur Technik der intravenösen Injektion, von Kirchbach-Ragnit. (M. Kl., 1925, Nr. 25, S. 932.) Es wird empfohlen, bei „Rollvenen" die Kanüle zunächst neben dem fixierenden Finger durch beide Venenwandungen hindurchzustoßen, dann sie umzulegen, so daß sie zur Haut fast parallel liegt, dann zurückzuziehen. Man fühlt deutlich, wenn die Spitze sich im Venenlumen befindet, und kann sie dann in diesem vorschieben. E. Levin-Berlin.

Arznei- und gewerbliche Schädigungen. Dermatitis artificialis.

Einiges über Statistik, Prophylaxe und Therapie der Schädigungen der Haut durch die Arbeit, von M. Oppenheim. (W. m. W., 1925, Nr. 18, S. 1037.) Jeder vierte bis fünfte Hautkranke leidet nach den umfangreichen statistischen Untersuchungen des Verf. an einer beruflichen Erkrankung. Prophylaktisch bedarf es vor allem einer gewissen Auswahl bei Übernahme und Schutz bei Ausübung eines Berufes. Nur größte Sauberkeit und Beachten genauer hygienischer Vorschriften können den Überempfindlichen vor Erkran-

Digitized by Google

kungen schützen. Bei Ausbruch einer beruflichen Dermatose muß die Arbeit sofort sistiert werden. Eventuell ist nach Abheilung vor neuer Übernahme der schädlichen Arbeit eine Desensibilisierung zu versuchen. Alle sozial-hygienisch tätigen Faktoren, wie Ärzte, Kassen, Chemiker, Industrielle usw., haben sich um die möglichst weitgehende Beseitigung der Berufsschädigungen zu kümmern und diese auf ein Mindestmaß einzuschränken.

E. Langer-Berlin.

Rice Workers' Dermatitis (Die Dermatitis der Reisarbeiter), von H. E. Alderson und A. G. Rawlins. (California and Western Med., Jan. 1925.) In Kalifornien hat mit der Zunahme des Reisbaues auch die Zahl der Dermatiden bei den hierbei beschäftigten Arbeitern zugenommen. Die Verff. sind der Meinung, daß, wenn auch nicht jede bei den Reisarbeitern auftretende Hautkrankheit als Berufskrankheit aufgefaßt werden darf, doch eine eigentliche Reisdermatitis anerkannt werden muß. Sie beginnt gewöhnlich als ein stark juckendes Erythem mit Follikulitis; durch Kratzen kommt es zu zahlreichen Exkoriationen und Sekundärinfektionen. Die dem Reisstaub ausgesetzte Haut ist besonders ergriffen. Daher kommt es auch häufig zu manchmal beträchtlicher Konjunktivitis. Die Ursache ist in den Eigentümlichkeiten des Reisstaubes zu suchen: im Vergleich mit dem Gerstenstaub enthält er eine etwa fünfmal größere Menge von reizend wirkenden Pflanzenhärchen; außerdem enthält der Reis eine ungleich größere Menge von Kieselsäure — ungefähr 16% — als andere Körnerfrüchte. Neben dieser eigentlichen Reisdermatitis gibt es noch gewerbliche Dermatosen der Reisarbeiter im Gefolge von zerkratzten, infizierten Moskitostichen; für eine Anzahl von Fällen sind schließlich unhygienische Zustände in den Lagern und Heimen der Arbeiter und persönliche Unreinlichkeit als Ursache anzunehmen.

H. Fendt-Wiesbaden.

Ursache und Verhütung der durch Telephon- und Radiohörmuscheln erzeugten Hautentzündung, von R. O. Stein, Univ.-Kl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. Wien. (W. kl. W., 1925, Nr. 11, S. 304.) Nachdem eine große Reihe von Ohrdermatitiden zur Beobachtung gekommen sind, die einwandfrei auf die längere Benutzung von Kopfhörern für Radio oder Telephon zurückgeführt werden konnten, hat man die Bestandteile dieser Apparate chemisch untersucht und als hautreizende Stoffe ein als Bindemittel dienendes Gemisch von Anthrazenölen und Steinkohlenteer festgestellt sowie außerdem das Akridin. Das Anthrazen ist in der Dermatologie von der Anthrazenkrätze der Teerarbeiter, das Akridin von der Akridindermatitis der Kaminfeger her bekannt.

A. de Lemos-Hamburg.

Zur Klinik der Yohimbinvergiftung, von J. Lehrmann, Psychiatr. u. Nervenabt. des I. Sowjetkrkh. Schitomir. (D. m. W., 1925, Nr. 13, S. 526.) Der Pat. erhielt eine intralumbale Injektion von 0,005 Yohimbin in 5%iger physiologischer Lösung und reagierte darauf mit Schüttelfrost und Delirien. Am nächsten Tag Erwachen mit dumpfem Gefühl und allgemeiner Mattigkeit. Am Abend euphorische Stimmung, Wollustgedanken und Erektionen. Nach 12 Tagen erhielt Pat. 0,0075 Yohimbin intralumbal. Wiederum setzte Schüttelfrost ein; später trat völliger Verlust des Bewußtseins ein, das erst am nächsten Morgen wiederkehrte. Nach 4 Tagen war der Gang noch schwankend; die Sehnenreflexe waren gesteigert. Auf Adrenalin klangen die Beschwerden ab. Die Miktion war regelrecht. Erektionen und Wollustgedanken waren vorhanden.

F. Harry-Wiesbaden.

Über einen tödlich verlaufenen Fall von Pyrogallolvergiftung, von R. Pewny-Duna Szerdahely b. Preßburg. (M. Kl., 1925, Nr. 26, S. 970—971.) Pat. mit ausgebreiteter Psoriasis, der schon öfter nach Pyrogallol-Resorzin-Acid. salicyl. enthaltender Paste Unbehagen, Hitzegefühl gehabt hatte, brach 5 Minuten nach erneuter ausgedehnter Anwendung bewußtlos zusammen; Krämpfe, Zyanose, braunroter Urin. Nach Kampfer-Koffein und Digalen Besserung, dann jedoch nach im ganzen 24 Stunden Exitus. Die schnelle Resorption wird auf die keratolytisch wirkende Salizylsäure bezogen.

E. Levin-Berlin.

Accidents from Zinc Stearate (Durch stearinsaures Zink hervorgerufene Schädigungen), von A. Isaac. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 10, S. 750.) Das gepulverte stearinsaure Zink wird (in Amerika) sehr viel als sogenannter Kinderpuder verkauft. Ein eigens zum Studium dieses Puders eingesetztes Komitee von Sachverständigen stellte fest, daß dieser Puder 131 Fälle von Vergiftungen, wovon 28 (21%) tödlich verliefen, zur Folge hatte und keinerlei Vorteile vor anderen bekannten Pudern, wie Talkum und Mischpuder, habe. Wahrscheinlich bilden die obigen Ziffern nur einen relativ kleinen Teil der vorgekommenen Unfälle, da die Anzahl der jährlich verkauften Packungen über eine Million beträgt. Die Fabrikanten haben nun sich zu einem Übereinkommen

Digitized by Google

entschlossen, wonach die Packung dieses gefährlichen Puders mit einem Verschluß zu versehen, welcher von den kleinen Kindern nicht geöffnet werden kann und auf jeder auch eine entsprechende Warnung anzubringen ist. Im übrigen kommt das Sachverständigenkomitee zu dem Ergebnisse, daß irgend ein therapeutischer Vorzug dem stearinsauren Zink speziell als Kinderpuder nicht zukomme und vor seinem Gebrauch zu warnen ist. M. Stern-München.

An Unusual Case of Mercurial Poisoning (Ein ungewöhnlicher Fall von Quecksilbervergiftung), von J. M. Shefferd. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 12, S. 891.) Beschreibung einer schweren Hg-Stomatitis mit Halsdrüsenschwellung nach einmaligem Gebrauch von Quecksilbersalbe gegen Phthirii pubis. B. Peiser-Berlin.

Die Transmineralisation bei Sublimatvergiftung, von H. Straub und Kl. Gollwitzer-Meier, Med. Univ.-Kl. Greifswald. (D. m. W., 1925, Nr. 16, S. 642.) Bei der Sublimatvergiftung tritt ein starker toxogener Eiweißzerfall ein, der im Stadium der Anurie eine Retention von N und NaCl mit Anstieg des Reststickstoffes und des Molenrestes im Blute herbeiführt. Im Stadium der Reparation wird die N- und NaCl-Bilanz infolge Ausscheidung der Schlacken zerfallenen Gewebes außerordentlich stark negativ. Diese Protoplasmaschädigung ruft mehr als die Nierenerkrankung eine maximale Transmineralisation des Körpers mit Abwanderung von $Na+$, $Cl-$ und HCO_3- aus dem Blut ins Gewebe im ersten Stadium, Rückwanderung ins Blut und Ausscheidung im Harn im polyurischen Stadium hervor. Die bei Sublimatvergiftung auftretenden Nieren-, Darm- und Atmungsstörungen sind Teilerscheinungen der allgemeinen Protoplasmaschädigung. F. Harry-Wiesbaden.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung.

Über Lichtschutz, insbesondere die lichtschützende Wirkung des Tannins, von P. S. Meyer und S. Amster, Univ.-Hautkl. Breslau. (Kl. W., 1925, Nr. 19, S. 921.) Zur Bekämpfung der durch Lichteinwirkung am Menschen entstehenden Schädigungen sind in erster Linie die prophylaktischen Maßnahmen wichtig. Sie müssen sich erstrecken auf die Lichtidiosynkrasiker, zu denen die Hydroa-vacciniforme- und Prurigo-aestivalis-Kranken gehören, auf die Lichtüberempfindlichen und alle Normalen, die sich besonderer Lichtwirkung aussetzen müssen. Hierzu kann man benutzen: 1. eine Abfilterung der entzündungserregenden Strahlen, z. B. durch Verwendung von Zeozon oder Ultrazeozon. Auch Lanolin und Vaselin absorbieren Strahlen, allerdings in wirksamer Weise nur in sehr dicker Schicht. 2. Eine Lichtgewöhnung oder Desensibilisierung. Dabei ist neuerdings festgestellt, daß die Lichtgewöhnung nichts mit der Pigmentbildung zu tun hat. Auch beim Vitiligokranken kann man ohne Pigmentbildung den Vorgang der Lichtgewöhnung beobachten. 3. Strukturveränderung der Haut durch einen „biologischen Lichtschutz". Tannin verleiht in 10%iger Vaseline oder alkoholischer Lösung einen auch gegen starke Sonnenbestrahlung auf mehrere Stunden ausreichenden Lichtschutz. Die Tanninwirkung kommt wahrscheinlich durch kolloidchemische Strukturveränderungen in der Haut zustande. E. Langer-Berlin.

Reminiscences of a Pioneer in Roentgenology and Radium Therapy, with Reports of Some Regent Observations (Erinnerungen an einen Pionier der Röntgenologie und Radiumtherapie und Mitteilung einiger neuer Beobachtungen), von F. H. Williams-Boston. (Am. J. of Roentgenol., 1925, Bd. 13, Nr. 3, S. 253.) Der Verf. weist zunächst auf seine frühere Zusammenarbeit mit W. Rollin hin. Er macht weiter Mitteilung über einen seit 6 Jahren geheilten Fall von Röntgenschädigungen beider Hände durch Radiumbestrahlung (38 mg RaEl, 0,6 mm Al.-Filter; Dosen nicht angegeben) und über die Besserung mehrerer Fälle von Hornhauttrübungen (3 mg RaEl, 0,3 mm Al.-Filter, $^1/_4$ Zoll Abstand von der Kornea, Bestrahlungen von 5 Minuten Dauer in Abständen von 3 Wochen). Er meint, auch bei Katarakten Besserung gesehen zu haben. H. Holthusen-Hamburg.

Therapeutic Possibilities of Small Doses of X-Rays (Therapeutische Möglichkeiten mit geringen Röntgendosen), von Ch. F. Stokes-New York. (M. Record, 1925, Bd. 121, Nr. 9, S. 543—547.) Auf Grund der physikalischen Theorien über die Wirkungsweise der Röntgenstrahlen wird die Anwendung kleiner Dosen empfohlen und deren Erfolge an verschiedenartigen Krankheitsfällen, darunter einem Ekzem, gezeigt. E. Levin-Berlin.

Epilation in Mice as a Biological Standard for Determining Roentgen-Ray Dosage (Preliminary Report) (Der Haarausfall bei Mäusen als biologischer Standard

Digitized by Google

zur Bestimmung der Röntgenstrahlendosis [vorläufige Mitteilung]), von H. H. Hazen und L. C. Milstead-Washington. (Am. J. of Roentgenol., 1925, Bd. 13, Nr. 5, S. 451.) Es wurde mit Röntgenstrahlen und Radium (20 mg in Nadeln; 97% γ-Strahlen) festgestellt, daß die minimale Dosis für Epilation nach 3 Wochen bei Mäusen sechsmal so groß ist wie beim Menschen und vollständig gleichmäßig bei verschiedenen Tieren auftritt. H. Holthusen-Hamburg.

Die „Vorbestrahlung" ein Fehler exakter Röntgendosierung, von G. Gabriel-Frankfurt a. M. (Strahlenther., 1925, Bd. 19, H. 3, S. 598.) Die noch relativ häufig vorkommenden Röntgenschädigungen der Haut trotz genauer Dosierung zwingen uns jede zu einer Hautschädigung führende Möglichkeit auszuschalten. Gabriel rechnet hierzu die Belastung der Haut mit relativ weichen Röntgenstrahlen während der Einlaufszeit der Röhre („Vorbestrahlung"). Aus physikalischen und biologischen Untersuchungen schließt G., daß die Vorbestrahlung zunächst bei schwacher Filterung in Betracht kommt. Bei Tiefenbestrahlung kann sie an der schon höchstbelasteten Haut als Summationswirkung hinzutreten. Im Gegensatz zu A. Simons (Strahlenther., Bd. 17, H. 2) hält Verf. zur Vermeidung von Hautschädigungen in der Oberflächen- und Tiefentherapie an dem Begriff der Vorbestrahlung fest. Simons hätte bei Nachprüfung der Gabrielschen Versuche nicht die vom Verf. angegebenen Versuchsbedingungen eingehalten.
A. Holländer-Hamburg.

Kein Röntgenkater mehr! Bemerkungen zur gleichlautenden Arbeit von E. Zweifel, Strahlentherapie, Bd. 18, H. 4, von A. Czepa-Wien. (Strahlenther., 1925. Bd. 19, H. 3, S. 601.) Czepa bestreitet Zweifels Behauptung, wonach die Verwendung einfacher Bleikästen um die Röhre genügte, keinen Röntgenkater mehr auftreten zu lassen. Der Behauptung Zweifels, daß der Röntgenkater durch Streustrahlen und durch im Bestrahlungsraum sich bildende Gase entstände, ständen alle bisherigen Erfahrungstatsachen entgegen. Der Röntgenkater wird durch Wirkungen der Strahlen im Organismus hervorgerufen. A. Holländer-Hamburg.

Kein Röntgenkater mehr! Bemerkungen zu dem gleichnamigen Artikel von E. Zweifel in Strahlentherapie, Bd. 18, H. 4, von G. Schwarz. (Strahlenther., 1925. Bd. 19, H. 3, S. 606.) Bei einer 42jähr. Pat. mit Netzmetastasen nach inoperablem Karzinom treten nach Röntgen- und Radiumbestrahlung jedesmal Katererscheinungen auf. Nach Scheinbestrahlungen (strahlenundurchlässige Bleiplatte) kein Kater mehr. Schwarz möchte von Zweifel wissen, wie er diese Erscheinungen (Radiumkater, Wirkung der Bleiplatte trotz gleicher Gas- und Strahlenentwicklung) mit seiner Schutzkastentheorie erklärt. A. Holländer-Hamburg.

Über das Verhalten der Hautkapillaren im röntgenbestrahlten Gebiet. Bemerkungen zu dem Aufsatz von Siedamgrotzki, Strahlentherapie, Bd. 19, H. 1, von O. Müller, Med. Kl. Tübingen. (Strahlenther., 1925, Bd. 19, H. 3, S. 607.) Der Anstoß zur Erforschung der Veränderungen am Kapillarsystem unter der Einwirkung der Röntgenbestrahlung ging von der Müllerschen Klinik in Tübingen aus. Hinweis auf diesbezügliche Arbeiten. A. Holländer-Hamburg.

Reine Oberflächentherapie mit überweichen Röntgenstrahlen, von Bucky. (M. m. W., 1925, Nr. 20, S. 802.) Zur Behandlung von Hautkrankheiten empfehlen sich überweiche Strahlen, wie sie mit Spezialröhren (Glas aus leichtatmigen Elementen) und Spezialapparaten erzeugt werden können. Man arbeitet damit gefahrloser und sparsamer und anscheinend nicht schlechter, vielleicht sogar besser.
A. v. Notthafft-München.

Die histologischen Befunde an der mit überweichen Röntgenstrahlen bestrahlten Haut von Mäusen und Meerschweinchen; Keratitis und Meerschweinchenauge nach überweicher Bestrahlung, von A. Buschke und E. Sklarz, Derm. Abt. Rud.-Virch.-Krkhs. Berlin. (M. m. W., 1925, Nr. 20, S. 806.) Mit überweichen Strahlen behandelte Tiere zeigten mikroskopisch nur Veränderungen in der Epidermis.
A. v. Notthafft-München.

Röntgenbestrahlung von Entzündungen, von F. Bauer, Chir. Abt. Städt. Krkhs. Nürnberg. (M. m. W., 1925, Nr. 16, S. 646.) Material: 100 Fälle akuter, subakuter und chronischer Entzündungen. In einzelnen Fällen überraschender Erfolg. (Rascher Temperaturabfall, Besserung des Allgemeinbefindens, Schwinden der Schmerzen und Heilung.) In anderen Fällen genügte die Röntgenbestrahlung nicht. In weitaus der Mehrzahl der Fälle wäre der gleiche Erfolg auch durch andere abwartende Behandlung zu erzielen gewesen. Es handelte sich um Entzündung der Haut wie tiefergelegener Organe. Die Lymphdrüsen reichlich in unmittelbarer Nähe des Entzündungsherdes lagen oder selbst

Digitized by Google

erkrankt waren, war in den chronischen Fällen der Erfolg sehr deutlich. Auffallend günstig waren die Erfolge bei Monarthritis blennorrhoica. Bei Furunkulose waren die Erfolge nicht befriedigend. Im Blute war das hervorstechendste Merkmal eine Vermehrung der Lymphozyten. Häufung der großen Formen. Rückgang der Neutrophilen unter Verschwinden der Linksverschiebung. Anstieg der (schon vermehrten) Leukozyten. Auftreten von Eosinophilen. Nach 60 Stunden war ein normales Blutbild entstanden; nur die Lymphozyten blieben noch erhöht. Bei erfolgloser Bestrahlung nahm die Linksverschiebung zu. Durch die Bestrahlung wird also der Körper auf erhöhte Abwehr eingestellt. Es drängt sich auf wenige Tage zusammen, was sonst 1—2 Wochen dauert: Übergang aus der neutrophilen Kampfphase in die monozytäre Abwehr und die leukozytäre Heilphase. Die neutrophilen Leukozyten geben beim Zerfall die bakteriziden Stoffe an das Blut ab. A. v. Notthafft-München.

Zur Therapie der Entzündungen mit Röntgenstrahlen, von H. Cramer und H. Kalkbrenner, 1. Med. Univ.-Kl. Charité Berlin. (Kl. W., 1925, Nr. 21, S. 1019.) Verff. haben im Sinne der Arbeiten aus der Heidenhainschen Schule Röntgenbestrahlungen an akuten und chronischen chirurgischen Erkrankungen vorgenommen; es wurden in erster Reihe bestrahlt: Karbunkel, Abzesse, Lymphdrüseninfiltrate, akute und chronische Mastitiden, Schweißdrüsenabszesse, Gesichts- und Nackenfurunkel, Panaritien usw. Verff. verabfolgten dabei 20% HED auf die Haut, und zwar durch einen Induktorapparat von etwa 100 KV, einer Funkenstrecke von 36—37 cm und bei einer Filterung von 0.5 mm Zn und 1 mm Al und einem Fokushautabstand von 30 cm. Mit dieser Technik haben sie in ihren Fällen eine allgemein gute Beeinflussung der betreffenden Erkrankung erzielt, wobei die akuten Entzündungen leichter als die manchmal refraktären chronischen zu behandeln waren. Die beginnende Entzündung bietet der Therapie eine bessere Aussicht als die vorgeschrittene. Durch die Bestrahlung wird sofort oder nach den ersten Tagen das Blutbild vollkommen geändert und das Eintreten der klinischen Besserung hierdurch auch schon angezeigt. Entsprechend einer Abnahme der Leukozyten findet eine Zunahme der Lymphozyten und eine Eosinophilie statt. Tritt keine Änderung des Blutbildes ein, so verläuft der Fall auch klinisch meistens refraktär und erfolglos. Sehr rasch und am hervorstechendsten wird der Schmerz beeinflußt, indem eine große Linderung einsetzt. Auch das Allgemeinbefinden wird sichtlich gehoben. Der Symptomenablauf wird erheblich beschleunigt. Erfolgreich ist in gewissen Fällen die Kombination der chirurgischen und röntgenologischen Behandlung, wobei sich ebenfalls eine deutliche Beschleunigung bemerkbar gemacht hat. Über die Wirkungsweise der Röntgenstrahlen auf entzündliches Gewebe sind die Anschauungen noch sehr geteilt. Verff. glauben, daß es sich dabei um eine Anregung des physiologischen Abwehrapparates handelt, der zu vermehrter Leistung veranlaßt wird.

E. Langer-Berlin.

Entwicklungshemmung der weiblichen Brustdrüse durch Röntgenbestrahlung, von C. Harms-Hannover. (Strahlenther., 1925, Bd. 19, H. 3, S. 586.) 12jähr. Mädchen wurde 1919 wegen rechtsseitiger Hilusdrüsentuberkulose mit Röntgenstrahlen behandelt (innerhalb 6 Wochen sechs Sitzungen von je 15—20 mal bei 4 mm Al.-Filter, Apexapparat, Wasserkühlröhre). Nach der Strahlenbehandlung lebhafte Bräunung der bestrahlten rechten Brustseite. Heute fehlt die rechte Mamma völlig: die linke hat sich normal entwickelt (zwei Abbildungen). Die Haut des Bestrahlungsgebietes ist atrophisch und zeigt zahlreiche Angiektasien. Das Mädchen ist sonst kräftig entwickelt. Hilustuberkulose ist ungeheilt. Verf. empfiehlt, bei Bestrahlung der Brustgegend junger Mädchen infolge der hohen Strahlenempfindlichkeit kindlicher Mammae äußerste Vorsicht zu üben. Man sollte immer erwägen, ob nicht mit einem anderen Heilverfahren die gleiche therapeutische Wirkung erzielt werden kann. A. Holländer-Hamburg.

10 Jahre Radiumbehandlung bei Hautkrankheiten, von H. Möbius, Hautkl. Städt. Krankenanstalten Dortmund. (M. Kl., 1925, Nr. 26, S. 967—970.) Die Radiumbehandlung, für die an der Klinik mehrere Präparate zur Verfügung standen, die eine verschiedenartige Anwendung gestatteten, wird empfohlen bei allen Formen von Lupus, bei Hautkarzinomen mit gewissen Einschränkungen, bei Keloiden, Nävis; ferner mit Einschränkungen bei Dupuytrenscher Kontraktur, dagegen nicht bei Induratio penis plastica. Bei gewissen Formen von Ekzemen und Sycosis simplex ist Erfolg zu erwarten; zwei Fälle von Ulcus chronicum vulvae wurden gut beeinflußt.

E. Levin-Berlin.

Die Herstellung hochkonzentrierter Radiumemanationspräparate und ihre Verwendung in der Strahlentherapie, von O. Glasser-Cleveland (Ohio). (Strahlenther.,

Digitized by Google

1925, Bd. 19, H. 4, S. 712.) Hochkonzentrierte Radiumemanationspräparate, kurz „Radonpräparate" genannt, haben für Therapiezwecke vor Radiumsalzpräparaten den Vorteil größter Konzentration der strahlenden Substanz bei minimalem Volumen und gleichförmige Verteilung im Raum infolge ihres gasförmigen Zustandes. Sie können in haarfeine Kapillaren abgefüllt werden, wodurch die Bestrahlungstechnik des „Spickens" eines Tumors mit solchen „Punkten" ermöglicht wird. Ihre Gewinnung ist sehr umständlich und muß wegen der vielen technischen Einzelheiten im Original nachgelesen werden. Das Radon kann in genau derselben Weise zu therapeutischen Zwecken verwendet werden wie Radiumsalze, oder die mit Emanation gefüllten Kapillaren können direkt in den Tumor mittels hypodermischer Nadeln eingebracht werden, sog. Implantationstherapie. Bei der Verwendung großer Radonmengen in besonderen Applikatoren können Tumoren der Haut, des Mundes und des Rachens durch die Bestrahlung von wenigen Minuten zum Verschwinden gebracht werden. Die therapeutischen Möglichkeiten bei der Anwendung des Radons sind noch nicht erschöpft; es ist noch mancher Fortschritt in der Behandlung maligner Geschwülste von dieser Seite zu erwarten.

Th. Lilienstein-Hamburg.

Comparison of Different Metallic Filters Used in Radium Therapy (Vergleich verschiedener bei der Radiumbehandlung gebräuchlicher Filter), von E. H. Quimby-New York. (Am. J. of Roentgenol., 1925, Bd. 13, Nr. 4, S. 330.) Theoretische wichtige Abhandlung. Das Ziel der Untersuchung war, ein ausreichendes Material an Meßergebnissen zu gewinnen, um durch Ablesung aus den gewonnenen Kurven und durch einfache Rechnung für beliebige Filterung mit den gebräuchlichen Metallen die zur Erreichung einer bestimmten Hautreaktion notwendige Bestrahlungszeit bestimmen zu können. Die Erythemdosis wird definiert als die Hautreaktion, die von einer 14 mm langen Emanationskapillare mit einem 2 mm Messing- und 2,4 mm Gummifilter in 2 cm Abstand von der Haut in 830 Millicuriestunden erzielt wird.

H. Holthusen-Hamburg.

Über die Grundlagen der Bestrahlungstherapie mit natürlichen und künstlichen Lichtquellen, von A. Eckstein, Univ.-Kl. Freiburg i. B. (Kl. W., 1925, Nr. 20 S. 953.) Sammelreferat mit weitgehender Berücksichtigung der neueren Literatur.

E. Langer-Berlin.

The Practice of Artificial Light-Bath Treatment (Praktische Erfahrungen mit künstlicher Lichtbehandlung), von J. H. Sequeira und W. J. O'Donovan-London. (Lancet, 1925, Bd. 208, Nr. 5305, S. 909.) Die Arbeit bietet sachlich in keiner Hinsicht etwas Neues. Sie stellt eine Zusammenfassung der den deutschen Dermatologen geläufigen Tatsachen über die Indikationsstellung, Technik und das Instrumentarium der Behandlung mit künstlichen Lichtquellen dar (Finsen, Kohlenbogenlampe, Quarz-, Kromayerlampe). Auch über Dosimetrie, physiologische und pathologische Wirkung der kurzwelligen Strahlen nichts Neues. Der Artikel endet mit dem verständlichen Wunsche, daß durch staatliche Subventionen die Einrichtung weiterer lichttherapeutischer Institute gefördert werde, deren Wirkungsfeld den Verf. hauptsächlich auf folgenden Gebiete zu liegen scheint: innere und äußere Tuberkulose, Haut- und Schleimhautlupus, Rachitis, Blutkrankheiten, Neurasthenie, einige Formen von Arthritis, Kolipyelitis.

F. Jacobsohn-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Vom 23. XI. bis 6. XII. findet ein von der Wiener medizinischen Fakultät veranstalteter Fortbildungskurs über alle Gebiete der Dermatologie und Syphilis statt. Auskünfte durch Dr. A. Kronfeld, IX. Porzellang. 22. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille. Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 47 (Bd. 81) 21. November 1925

Aus der Hautklinik des städtischen Krankenhauses in Dortmund.

Zur Diagnose und Behandlung des Lupus erythematosus.

Von

Prof. Joh. Fabry.

Die Arbeit von Siemens (M. m. W., 1925) regt mich an, einige Punkte aus meiner Erfahrung zur Ätiologie und Therapie des Lupus erythematosus kurz zu streifen, die mir für die Praxis von einiger Bedeutung zu sein scheinen. Ich darf dabei bemerken, daß mir stets ein großes, einschlägiges Material zur Verfügung stand. Wie die grundlegenden Arbeiten von Lewandowsky, Zieler, Jadassohn, Bloch u. a. gezeigt haben, ist der frühere Standpunkt: „Lupus erythematosus" ist kein Lupus und keine Tuberkulose der Haut, angesichts der sich häufenden Tatsachen, die doch auf einen Zusammenhang und eine Zugehörigkeit zur Tuberkulose hinwiesen, wohl allgemein verlassen, und man hat es sich zur Regel gemacht, in jedem einzelnen Falle zu erforschen, ob sich nicht doch irgend welche Zusammenhänge mit Tuberkulose oder Tuberkuliden ergeben. Ein völlig neues Moment wirft Siemens mit dem Hinweis, daß für die Ätiologie vielleicht verschiedene Ursachen zu berücksichtigen seien, in die Debatte, und diese Frage ist ja nach Analogie der Symptome bei anderen Hauterkrankungen — ich erinnere nur an den Lichen — sicher zu bejahen. Vor einiger Zeit wurde aus der Essener Hautklinik von Hachez Salvarsan bei Lupus erythematosus empfohlen. Ich habe nun mehrfach in der Praxis und gerade in der letzten Zeit Gelegenheit gehabt, einige Fälle zu beobachten, die zum Teil von anderen Fachärzten, zum Teil auch von mir als Lupus erythematosus diagnostiziert wurden und die schließlich sich als Lupus-erythematosus-artige Syphilide entpuppten. Für gewöhnlich handelt es sich um Fälle, die im Gesicht und auf der Kopfhaut lokalisiert waren, und die hartnäckig jeder Therapie trotzten, während Salvarsan überraschendes Verschwinden der Erscheinungen zur Folge hatte. Ich hatte noch auf der letzten Dermatologentagung in Dortmund Gelegenheit, einen solchen Fall vorzustellen, und augenblicklich beobachte ich wieder einen. Also man soll, und vielleicht mehr wie bisher, daran denken, daß es auch Lupus-erythematosus-artige Syphilide gibt, und, wenn ein Lupus erythematosus auf Salvarsan gut reagiert, so ist es eben kein Lupus erythematosus, sondern ein Syphilid von gleichem Aussehen. Und das ist ja nichts Besonderes, denn die Vielgestaltigkeit der Syphilide — diese gehören meist in die der serpiginösen tertiären Formen — ist ja eine bekannte Tatsache; warum soll die Syphilis nicht auch zuweilen einen Lupus erythematosus vortäuschen,

Digitized by Google

wie die Syphilis gleichfalls in tertiären Formen zuweilen auch dem echten Lupus zum Verwechseln ähnlich sehen kann; und das histologische Bild selbst kann zuweilen die Entscheidung eher erschweren wie erleichtern, während die WR immer schnell die Entscheidung bringt und in zweifelhaften Fällen immer vor Einleitung der Therapie gemacht werden sollte, um diagnostische Irrtümer zu vermeiden.

Handelt es sich um umschriebene chronische Formen des sogenannten Lupus dicoides — auch hier gibt es Fälle, die der Diagnose Schwierigkeiten bereiten können —, so ist bei negativer WR ex therapia die Diagnose schnell zu stellen, denn das steht wohl fest, ein echter Lupus erythematosus discoides in alter Form reagiert prompt auf Krysolgan, und zwar schon auf minimale Dosen. Die Krysolganbehandlung ist jeder anderen Therapie überlegen und also auch ein ausgezeichnetes diagnostisches Hilfsmittel in zweifelhaften Fällen. Ich führe einen Fall an aus meiner Praxis der letzten Zeit, der das Gesagte schön illustriert.

Es handelt sich um eine 22jähr. Pat., welche unter dem rechten Auge einen sehr entstellenden Fleck, der nach dem objektiven Befund und wahrscheinlich infolge Anwendung von Ätzmitteln nicht mit Bestimmtheit zu deuten war. Der Fleck war 3 cm breit und 2 cm hoch, in der Mitte schuppend, zum Teil erodiert durch Ätzmittel, der Rand, scharf absetzend und erhaben, fühlte sich hart an. Probeexzision wurde verweigert, WR, Jodkaliumtherapie negativ; auch der Versuch, den Fleck durch örtliche Behandlung, Heftpflaster, Radium zu beeinflussen, war erfolglos. Auswärts war Pat. schon längere Zeit behandelt, und so entschlossen wir uns zur Krysolganbehandlung, die denn schon nach der ersten Injektion den Fleck, insbesondere die erhabenen Ränder, zum Schwinden brachte. Angewandt wurden nur ganz kleine Dosen $^1/_{10}$—$^5/_{10}$ mg in Zwischenräumen von 2—3 Wochen, wie wir das allgemein zu tun pflegen. Wir hatten also einmal ex therapia für die Diagnose eine sichere Unterlage, und der Erfolg war, wie überhaupt, glänzend, wie das ja auch aus anderen Kliniken berichtet wird. Wir möchten nur die Anwendung von kleineren Dosen besonders unterstreichen. Darüber gehen die Meinungen bis heute noch sehr auseinander. Eigentlich sollte darüber kein Streit sein, daß man nur kleinste Dosen anwenden darf, wenn größere und mittlere toxisch sein können. Es gilt dasselbe wie für die Salvarsantherapie, bei welcher man auch bald von der Anwendung großer und größter Dosen absah.

Einen besonders lehrreichen Fall von Lupus erythematosus discoides gebe ich hier wieder.

Frl. Dora N., 35 Jahre, steht seit 10 Jahren in meiner Behandlung mit Lupus erythematosus discoides des Gesichts, der Nase, Wange und der Ohren. Sie wurde behandelt mit allen möglichen Methoden: Gefrieren, Kaustik, Radium; ein Rezidiv löste das andere ab.

Einleitung der Krysolganbehandlung:
2. III. 1925 0.0005 mg,
3. IV. 1925 0.0005 mg,
29. IV. 1925 0,0005 mg,
27. VII. 1925 0,0005 mg.

Schon nach der ersten Injektion konnten wir Stillstand des Prozesses und teilweise Rückbildung feststellen. Heute, bei der vierten Injektion und nach dreimonatiger Behandlung, sind nur noch auf dem Nasenrücken leichte Ektasien und leichte Schuppung zu bemerken. Ohren und Wange sind vollkommen heil. Das wurde erreicht mit den obigen kleinen Dosen und bei den großen Intervallen der Behandlung. Gerade deshalb führen wir den Fall an. Die Frage der Dosierung scheint uns in dem Sinne entschieden zu sein, daß nur kleine und klinische Dosen zu verwenden sind.

Die Krysolganbehandlung hat den Lupus erythematosus zu einem sehr dankbaren therapeutischen Objekt gemacht, und gerade wir älteren Praktiker, die aus Erfahrung wissen, wie schwierig es meist war, gute Erfolge zu erzielen, wie schmerzhaft und wenig aussichtsvoll manche

Digitized by Google

Verfahren waren (flache Kaustik, Gefrieren) und wie in vielen Fällen Rezidiv auf Rezidiv oder aber Weiterverbreitung trotz energischster Behandlung folgten, sehen mit Genugtuung, daß der Lupus erythematosus ein dankbares Behandlungsobjekt geworden ist. Auch das kosmetische Ergebnis ist ein ganz vorzügliches. Die Flecken verschwinden, ohne eine Spur von Narbe zu hinterlassen. Das Verfahren ist denkbar einfach, schonend und bei kleinen Dosen ungefährlich. Zuweilen bleiben, wie auch andere Autoren berichten, Braunfärbungen der behandelten Stellen zurück, aber auch wohl nur vorübergehend.

Der universelle Lupus erythematosus stellt sicher eine große Seltenheit dar, und zweifellos können nicht alle in der Literatur mitgeteilten Fälle einer strengen Kritik standhalten, wenn man alle die Postulate fordert, wie sie beispielsweise in SIEMENS' klassischem Fall mitgeteilt sind.

In jüngster Zeit mehren sich wieder die Fälle von chronischer Sepsis der Haut; das zwingt aber auch zu dem Schluß, daß ein ausgedehnter oder universeller Lupus erythematosus bei den meist stark heruntergekommenen Kranken doch auch sekundär septisch werden kann. Immerhin verdient die Anregung SIEMENS' Beachtung.

Aus der Universitäts-Hautklinik Kiel (Direktor: Prof. Dr. KLINGMÜLLER).

Über eine eigenartige Form von Sporotrichose mit Befund von Sporotrichon Gougeroti.

Von

Priv.-Doz. Dr. O. GRÜTZ.

Mit 2 Abbildungen im Text.

(Schluß.)

Der Pilz hat folgende makroskopische und mikroskopische Eigenschaften: Er wächst am besten auf den üblichen zuckerhaltigen Nährböden nach SABOURAUD, PLAUT oder GRÜTZ (3) bei Zimmertemperatur, weniger gut bei Brutschranktemperatur, in Gestalt kleiner halbkugeliger, scharf umschriebener Kolonien, die, wenn sie dicht nebeneinander stehen, zu einem feuchten, leicht höckerigen oder runzlichen Belag konfluieren, in welchem sich mit zunehmendem Alter der Kultur auch höhere Wulstungen und Falten bilden. In mindestens 6 Wochen alten Kulturen entsteht auf der Oberfläche ein feiner schwarzgrauer bis schwarzgrünlicher, pleomorpher, wolliger Belag. Die Kolonien wachsen tief in den Nährboden hinein unter Pigmentbildung auch in der Tiefe desselben, so daß unterhalb der Kolonie in der Tiefe des Agars meist ein schwarzer Hof entsteht, während die Kultur auf der Oberfläche selbst scharf umschrieben ist und keinen Hof oder Saum bildet. Das im Anfang der Züchtung auf künstlichen Nährböden sehr langsame Wachstum verbesserte sich mit der Zahl der Überimpfungen, so daß die Kultur jetzt binnen einer Woche so groß wird wie auf der Abb. 1, die indessen eine aus den ersten Überimpfungen stammende 3 Wochen alte Kultur darstellt.

Digitized by Google

Auch auf gewöhnlichem Nähragar und zuckerfreien Nährböden, wie dem sogenannten Milieu de conservation Sabourauds oder dem entsprechenden Ersatznährboden von Grütz (3), erfolgt ein im wesentlichen gleich tiefschwarzes, aber spärliches Wachstum. In flüssigen Zuckernährböden (Maltosebouillon nach Sabouraud oder Grütz) entstehen feine, in der Flüssigkeit flottierende Flöckchen, die beim Größerwerden ein schwärzliches Zentrum aufweisen und später zu Boden sinken. An der Oberfläche der Flüsssigkeit bilden sich nach einigen Wochen ziemlich üppige schwarze, an der Glaswand adhärente Kolonien, die später zu einer dicken, schwarzen Oberflächenschicht konfluieren können; denn hier wächst der wie alle Sporotrichonpilze aerophile Pilz am besten.

In Gelatine- und Traubenzuckergelatine-Stichkulturen erfolgt reichliches Wachstum nur auf der Oberfläche bzw. in geringer Tiefe unter derselben; Verflüssigung tritt gar nicht oder erst nach langen Wochen in geringem Grade ein. Vorzüglich wächst der Pilz auf 4%iger Glyzerinkartoffel, die er binnen einer Woche mit einem tiefschwarzen, auf der Oberfläche feuchtglänzenden, leicht höckerigen Belag bedeckt. Das Vergärungsvermögen des Pilzes gegen verschiedene Zuckerarten wurde nicht untersucht, da die diesbezüglichen biologischen Fähigkeiten der Sporotrichonpilze nach eingehenden Untersuchungen amerikanischer Autoren (M. F. Meyer und J. F. Aird [4]) Veränderungen unterliegen und für eine engere Differenzierung der Pilze offenbar nicht verwendbar sind.

Abb. 1.

Mikroskopisch läßt sich der Pilz durch die Glaswand alternder Kulturen gut beobachten, wenn er die Glaswand erreicht hat und auf dieser entlang weiter wächst. Noch besser jedoch sieht man auf trockenen Objektträgerkulturen die charakteristischen Sporulationsformen, die die Zugehörigkeit des Pilzes zur Sporotrichongruppe erweisen. An den geraden, wenig und unregelmäßig septierten Hyphen setzen sich entweder direkt am Myzel oder auf kurzen Seitenzweigen runde und ovale Sporen an, die besonders an den Enden von Seitenzweigen sich als dichte Büschel oder Knäuel gruppieren und in älteren Kulturen gewaltige Klumpen von Sporen bilden können. Auch um die Myzelstämme selbst entstehen allmählich dichte, manschettenartige Sporenhaufen. Sowohl im Myzel wie in den Sporen erscheint der protoplasmatische Inhalt häufig fein gekörnt und enthält mitunter vakuolenartige Einschlüsse. Die Sporen sind dunkel pigmentiert und unterscheiden sich in der Stärke des Pigmentgehaltes merklich von den schwächer pigmentierten Myzelien, die abschnittsweise auch ganz pigmentlos erscheinen können; häufig sieht man im Myzel pigmenthaltige (graue) mit pigmentlosen (farblosen) Abschnitten in unregelmäßiger Folge und Ausdehnung sich ablösen. In der hängenden Tropfkultur (Maltosebouillon) beobachtet man auch andere Wuchsformen. Die runden Sporen sprossen in der Flüssigkeit unter erheblicher Aufblähung zunächst zu einem relativ regelmäßigen Myzel aus, in dem sich aber nach etwa 4 Tagen bereits, besonders in den Randpartien des Tropfens, vielfach kugelige Anschwellungen bilden, die teilweise als bloße Protoplasmaverdichtungen.

Digitized by Google

stellenweise aber als echte doppeltkonturierte Chlamydosporen imponieren (siehe Abb. 2b). Außerdem bilden sich direkt am Myzel oder auf kleinen Seitenzweigen auch typische Ektosporen (siehe Abb. 2a). Nach etwa 6 Tagen entstehen durch unregelmäßige Septierungen kettenförmig zusammenhängende oidienartige, spindelförmige oder tönnchenförmige, schließlich auch ganz polygonal gestaltete Gliederungen am Myzel, das dann oft eine recht unregelmäßige Gestaltung aufweist (siehe Abb. 2a und b), die man bei der Sporotrichon Beurmanni niemals sieht, die aber gerade für das Sporotrichon Gougeroti als charakteristisch beschrieben ist (DE BEURMANN und GOUGEROT [1], MATRUCHOT [5]). Die Größenverhältnisse der verschiedenen Pilzelemente sind folgende: Myzel 1,5—2,5 μ breit, Sporen durchschnittlich 1,8—2,0 μ breit, 2,5—3,0 μ lang; Chlamydosporen und einzelne oidienartige Glieder erreichen Durchmesser von 3—7,5 μ.

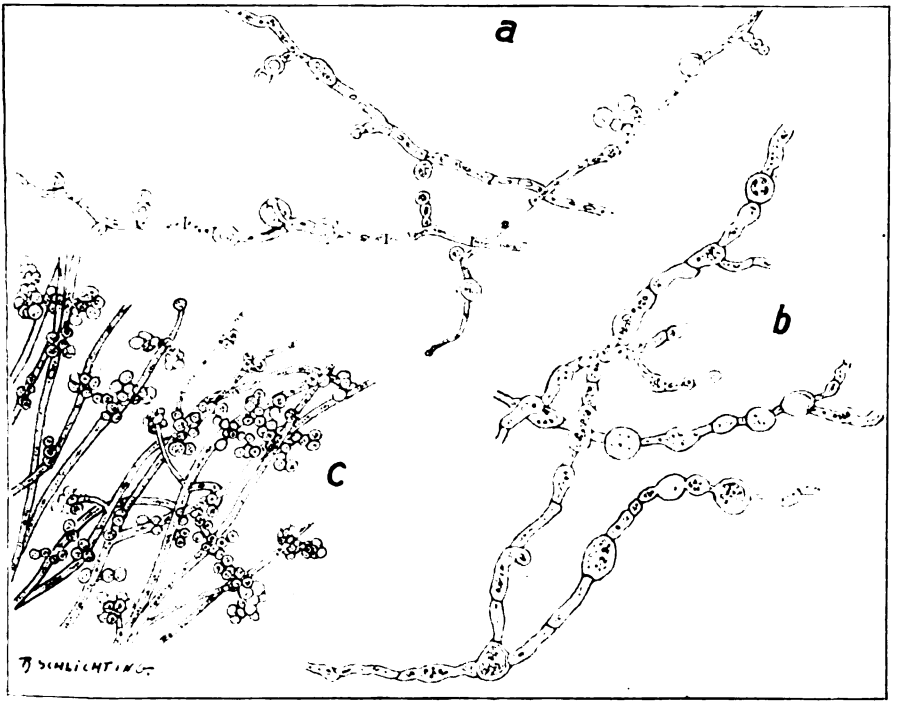


Abb. 2. Hängende Tropfenkultur in Maltosebouillon.

a) nach 4 Tagen, Randpartie (Zeiß Obj. D, Okul. 3); b) nach 6 Tagen, Randpartie (Zeiß Obj. D, Okul. 3); c) nach 7 Tagen, mehr zentrale Partie (Zeiß Obj. D, Okul. 2).

Bei der Gramfärbung nimmt das Myzel, je nach seinem Alter, den Farbstoff verschieden gut an; jugendliches Myzel färbt sich meist intensiv grampositiv. Mit fortschreitendem Alter und zunehmender Septierung färbt es sich blasser, schließlich abschnittsweise völlig gramnegativ; die Sporen färben sich überwiegend grampositiv, enthalten aber vielfach hellere Partien. Der Reichtum der Wachstumsformen neben der typischen

Digitized by Google

Sporulation der Sporotrichen würde unseren Pilz also als einen dem Sporotrichon Gougeroti nahestehenden, wahrscheinlich mit ihm identischen Mikroorganismus charakterisieren, mit dem er ja auch makroskopisch nach Form und Aussehen seiner Kolonien gut in Übereinstimmung zu bringen ist. Während indessen die Neigung zum Pleomorphismus beim Sporotrichon Gougeroti von seinem Entdecker GOUGEROT als fast fehlend bezeichnet wird, zeigt unser Pilz deutlich ausgeprägte pleomorphe Erscheinungen, allerdings erst nach längerer Fortzüchtung, während er in den ersten Überimpfungen nach seiner Isolierung sich relativ konstant gehalten hatte.

Unser Mikroorganismus stellt demnach eine bisher in Deutschland nicht gefundene Sporotrichonart dar, nämlich ein Sporotrichon Gougeroti, das von dem häufigsten Erreger der Sporotrichose, dem Sporotrichon Beurmanni, in so vielen Punkten sich unterscheidet, daß ihm unter der Gruppe der Sporotrichonpilze eine Sonderstellung zukommt. Die Neigung zum Pleomorphismus, die nach GOUGEROT dem Spirotrichon Gougeroti fehlt, möchten wir bei unserem Stamm nicht zum Anlaß nehmen, um ihn als eine neue Varietät anzusprechen, denn jeder Pilzkenner weiß, daß verschiedene Pilzstämme der gleichen Art sehr häufig sich hinsichtlich des Pleomorphismus verschieden verhalten.

Man kennt außer dem Sporotrichon Gougeroti bisher folgende pathogene Sporotrichonarten: 1. Sporotrichon Schenckii, 2. Sporotrichon Beurmanni, 3. Sporotrichon asteroides Splendore, 4. Sporotrichon Jeanselmi, 5. Sporotrichon Councilmanni, 6. Sporotrichon indicum, 7. Sporotrichon Lesni, 8. Sporotrichon Carougeaui. Es kann an dieser Stelle nicht in eine detaillierte Beschreibung der Unterscheidungsmerkmale der verschiedenen Arten eingetreten werden; da sie einander mehr oder weniger ähneln und wahrscheinlich miteinander nahe verwandt sind, so möge es genügen, hier ihren wichtigsten Vertreter, nämlich das in Frankreich in Hunderten von Fällen und auch in allen bisher in Deutschland beschriebenen Sporotrichosen nachgewiesene Sporotrichon Beurmanni dem Sporotrichon Gougeroti gegenüberzustellen und die charakteristischen Hauptunterschiede hervorzuheben.

Sporotrichon Beurmanni.	Sporotrichon Gougeroti.
Kolonien anfangs weiß, erst später sich pigmentierend, breites, unbeschränktes Flächenwachstum mit strahliger Randaureole, Oberfläche vielfach radiär gefaltet und im Zentrum unregelmäßig gewulstet. Pigmentbildung vorwiegend auf Zuckernährböden und Kartoffeln. Kulturmasse zäh, elastisch, schwer zerreißbar. Myzel: Gleichmäßig breit, gestreckt, unregelmäßig septiert, mit unregelmäßigen Verzweigungen, pigmentlos. Traubenförmige oder manschettenförmige, mehr oder weniger pigmentreiche Sporenbildung direkt dem Myzel aufsitzend oder auf Seitenästen. Auch Chlamydosporenbildung.	Kolonien von Anfang an schwarz, von geringem Durchmesser, scharf umschrieben ohne Randsaum, halbkugelig mit glatter Oberfläche, die sich erst später in geringem Maße wulstet. Pigmentbildung auf allen, auch zuckerfreien Nährböden sehr stark. Kulturmasse leicht zerreißbar, etwas bröcklig. Myzel: Im allgemeinen dicker als bei Sporotrichon Beurmanni, von unregelmäßiger Breite, mit unregelmäßiger, oidienartiger Septierung; Hyphen und Sporen stark pigmenthaltig. Außer trauben- und büschelförmiger Sporulierung direkt am Myzel und an Seitenästen auch reichlich Chlamydosporenbildung und kettenförmige Konidien.

Diese wichtigen Unterscheidungsmerkmale gestatteten auch in unserem Fall die Einordnung des gefundenen Stammes ohne Schwierigkeiten.

Pathogenitätsprüfungen, die wir mit unserem Pilz vorgenommen haben, hatten folgendes Ergebnis. Von 4 weißen und 2 bunten Ratten, die mit Mengen von $^1/_2$—3 ccm verriebenem Kulturbrei intraperitoneal

Digitized by Google

geimpft wurden, gingen 2 nach 6 Wochen interkurrent ein; Sektion o. B. 2 gingen nach einem Vierteljahr ein; Sektion wieder völlig o. B. Eine weiße Ratte, mit 3 ccm i. p. geimpft, wies nach $3^1/_2$ Monaten eine einseitige Hodenschwellung auf; nach 5 Monaten ging sie ein. Die Sektion ergab eine Aussaat von stecknadelkopf- bis hirsekorngroßen Knötchen im Netz, den Hoden, Milz, Leber und rechter Lunge. Jedoch gelang keine Retrokultur aus den Organen, und auch histologisch waren keine Pilzelemente nachweisbar, was sonst bei experimenteller Sporotrichose regelmäßig der Fall ist; dieser Versuch kann also ebenfalls nicht als positiv hinsichtlich Sporotrichose gebucht werden. Offenbar handelt es sich um eine interkurrente Erkrankung anderer Ätiologie. Eine Ratte, geimpft mit 1 ccm Kulturbrei i. p., starb nach 13 Monaten; Sektion völlig o. B.

5 junge männliche Meerschweinchen, die mit Mengen von 1—3 ccm Kulturbrei i. p. geimpft wurden und die innerhalb 7 Wochen, 10 und 28 Wochen getötet und seziert wurden, ergaben durchweg völlig negative Sektionsbefunde. 2 i. v. mit je 1 ccm Kulturbrei infizierte Kaninchen blieben bei einer Beobachtungsdauer von $1^1/_4$ Jahren völlig gesund; das eine wurde nach dieser Zeit getötet und seziert. Es fanden sich keinerlei Veränderungen. Das andere Tier lebt jetzt noch. Da selbst die für Sporotrichose empfänglichsten Tiere, nämlich Ratten, sich in unseren Versuchen als nicht infizierbar erwiesen, kann dem Pilz höchstens eine sehr geringe Pathogenität, evtl. bei weiterer Steigung der Impfdosen, zukommen. Gleichzeitig mit Sporotrichon Beurmanni unter gleichen Bedingungen infizierte Kontrolltiere erkrankten zum größten Teil prompt mit den für die Tiersporotrichose charakteristischen Erscheinungen: Hodenschwellung, Aussaat von sporotrichotischen Knötchen in verschiedenen Organen. Auch diese Eigenschaft der geringen Virulenz paßt gut auf das Sporotrichon Gougeroti, das von Gougerot erheblich weniger tierpathogen befunden wurde als das Sporotrichon Beurmanni.

Indessen reichen unsere Versuche an etwa nur 12 Tieren natürlich nicht aus, um die Frage nach der Pathogenität unseres Pilzes endgültig zu klären, und es wird weiter versucht werden, die Pathogenität zu steigern. Nach den Erfahrungen von de Beurmann und Gougerot (1) über die Steigerungsmöglichkeit der Virulenz schwachvirulenter Sporotrichonstämme zu stark tierpathogenen, wäre es möglich, daß auch unserem Pilz eine höhere Pathogenität angezüchtet werden könnte.

Die klinischen Erscheinungen, unter denen das Sporotrichon Gougeroti bisher bei Menschen angetroffen wurde, unterscheiden sich meistens offenbar nicht von denen bei den übrigen Sporotrichoseformen. Der Pilz wurde zuerst gefunden von Gougerot in dem Punktionseiter eines tiefen Abszesses der Quadrizepsmuskulatur des Oberschenkels. Ein zweiter Fall, über dessen nähere klinische Umstände nichts zu eruieren war, mit Befund von Sporotrichon Gougeroti, wurde von Adamson (in England) beobachtet. Ein dritter Fall von Gougerot und Blum (6) betrifft einen Chauffeur, der nach einem Autounfall ein großes vereitertes Hämatom am Kopf sich zuzog; im Verlauf des darauf folgenden Jahres entstand daraus eine sehr ausgedehnte Ulzeration über Gesicht, Kopfhaut und Hals von sehr polymorphem Aussehen, das schließlich den Verdacht auf Mykose erweckte und zum Nachweis des Sporotrichon Gougeroti führte. Unter

Digitized by Google

Jodkali trat in etwa 6 Wochen Heilung ein. Andere Fälle sind (zitiert nach Segré [7]) beobachtet von Sandor-Budapest, Fontoynont und Boucher (7) in Madagaskar (je ein Fall bei Mensch und Pferd), Champtaloup auf Neuseeland. Segré (7) beschrieb 1920 eine lymphangitische Sporotrichose am Unterarm nach Holzspanverletzung mit Befund von Sporotrichon Gougeroti.

Ganz abgesehen von seinem seltenen kulturellen Befund bot der uns vorliegende Krankheitsfall in klinischer Hinsicht viel des Merkwürdigen und Interessanten. Die auffälligste Erscheinung bildet zweifellos die eigenartige Lokalisation der papulös-ulzerösen, derb infiltrierten Erkrankungsherde der Haut, hauptsächlich in der Inguinal- und Analgegend und in den Achselhöhlen, sowie das schubweise Auftreten disseminierter papulopustulöser Effloreszenzen auf dem Körper. Die Bevorzugung intertriginöser Bezirke und die allgemeine Dissemination wies die Diagnose in der Richtung der Syphilis. Aber der fehlende Spirochätenbefund in den Hautmorphen, die ständig negativen Seroreaktionen und die schließliche Erfolglosigkeit der intensiven kombinierten antiluetischen Behandlung mit Altsalvarsan, das wir ausschließlich verwenden und bei dem wir eine sogenannte salvarsanresistente Lues, wie sie in der Literatur neuerdings oft diskutiert wird, niemals beobachtet haben, nötigen zur Aufgabe dieser Diagnose. Eine besondere Verlaufsform der Hauttuberkulose anzunehmen, lag im Hinblick auf die von kompetenter Seite als Tuberkulose gedeuteten Lungenerscheinungen nahe. Dem steht gegenüber, daß einerseits der Beweis für den tuberkulösen Charakter der Lungenkrankheit durch Bazillennachweis im Auswurf niemals erbracht werden konnte; auch der ständig fieberlose Verlauf der Erkrankung, das fast völlige Fehlen der Reaktion auf Tuberkulin sprechen gegen die Tuberkulose. Andererseits ergab auch die histologische Untersuchung der exzidierten Hautstücke keinen zweifelsfrei als Tuberkulose deutbaren Befund. Eine Deutung der auf dem Körper schubweise und meist gleichzeitig mit Verschlechterung des Hautbefundes in der Inguinal- und Analgegend auftretenden teils papulösen, teils pustulösen, unter feiner Narbenbildung abheilenden Hauteffloreszenzen als Tuberkulide wäre möglich. Die Möglichkeit einer anderen, vielleicht richtigeren Auffassung der disseminierten Effloreszenzen ergibt sich indessen aus dem kulturellen Nachweis von Sporotrichonpilzen aus den Hautläsionen. Wir kennen ja auch bei der Sporotrichose das Auftreten oberflächlicher tuberkulidähnlicher Hauteffloreszenzen, die entsprechend ihrer Analogie mit diesen „Sporotrichoside" benannt werden könnten[1]). Das schubweise Auftreten der disseminierten Effloreszenzen spricht sehr zugunsten der Auffassung, daß es sich hier um ein durch Pilzaussaat oder ihre Toxine hervorgerufenes Hautphänomen handelte, wie es uns in den „Trichophytiden" längst geläufig geworden ist. Leider war es mir, als die Diagnose Sporotrichose durch den Nachweis der beschriebenen Pilze offenkundig geworden war, nicht mehr möglich, spezifische Haut- und Seroreaktionen auf Sporotrichose vorzunehmen, da der

[1]) de Beurmann und Gougerot wenden freilich die Bezeichnung „Sporothricho-side" viel weiter auf alle epidermalen, sekundär durch exogene Pilzaussaat auf die Haut entstandenen Läsionen an.

Digitized by Google

auswärts wohnende Kranke (Privatpatient von Prof. Klingmüller) bis zu seinem einige Wochen später erfolgten Tode mir nicht mehr erreichbar war.

Das Fehlen tieferer gummöser Knoten, wie sie sonst bei der Sporotrichose kaum jemals vermißt werden, ist eine weitere interessante Eigentümlichkeit unseres Falles, die vielleicht, auch unter Berücksichtigung der negativen Ausfälle der Tierimpfungen, auf die geringe Virulenz des Erregers zurückzuführen ist. Daß unser Pilz trotzdem auf der Oberhaut zur Ansiedlung gekommen ist, findet vielleicht darin seine Erklärung, daß ihm ebenso wie den Erregern einiger anderer wohlcharakterisierter Dermatomykosen, z. B. der interdigitalen, intertriginösen und auf dem Boden von Hyperhidrosen entstehenden Mykosen, ferner der oidiomykotischen Pilzerkrankungen, das besonders begünstigende Moment der Mazeration und Auflockerung der Haut intertriginöser Partien die Haftung erleichterte. Nur so kann man auch die eigenartige Lokalisation in der Genitokrural- und Analgegend sowie in der Achselhöhle, also ausschließlich auf intertriginösem Terrain, überhaupt verstehen. Unser Fall würde also das erste Beispiel einer gewissermaßen intertriginösen Sporotrichose darstellen, wofür es auch in der an Spirotrichosen reichen französischen Literatur meines Wissens kein Analogon gibt.

Völlig ungeklärt geblieben ist der Charakter der Lungenbeschwerden des Pat., die auch durch genaue interne Untersuchung nicht zweifelsfrei gedeutet werden konnten. Sollte hier eine Sporotrichose der Lungen vorgelegen haben? Wir wagen es, da uns positive Beweise dafür fehlen, nicht zu behaupten; nur die Erwägung sei gestattet, daß das schubweise Auftreten der disseminierten Hauteffloreszenzen von sporotrichotischen Lungenherden aus leichter begriffen werden könnte als im Zusammenhang mit den intertriginösen Lokalisationen der Krankheit.

Die mangelnde Wirkung und schließliche Erfolglosigkeit der Jodtherapie, die sonst bei Sporotrichose von großer Zuverlässigkeit ist, lag in unserem Falle offenbar an der von Anfang an zutage getretenen Jodintoleranz des Pat., die nur eine Steigerung der täglichen Joddosen bis zu 3 g gestattete, während Mengen von etwa 8 g täglich für eine volle Wirksamkeit nach den französischen Erfahrungen erforderlich sind. Nach Gougerot verhalten sich ferner gerade die epidermalen Läsionen der Sporotrichose gegenüber der internen Jodtherapie sehr resistent.

In klinischer Hinsicht lassen sich unserer Beobachtung aus der Literatur nur wenig ähnliche an die Seite stellen. Hodara (9) beschrieb 1923 bei einer 50jährigen Frau (Türkin) eine Erkrankung, die ein Jahr zuvor in der Genital- und Analgegend begann und sich in den letzten 8 Monaten auf die Schleimhaut der Lippen und des Mundes ausbreitete. Die Genitalien boten das Bild einer syphilitischen oder tuberkulösen Affektion, bestehend aus papulösen oder pustulösen, teils vegetierenden und fötide ulzerierenden Effloreszenzen. Die Schleimhaut des Mundes, der Lippen und der Zunge zeigten erythematöse, stellenweise exulzerierte oder schmutzig graugelbe Läsionen. Der Charakter der Krankheit wurde geklärt durch den Nachweis von Sporotrichon Beurmanni. Dieser Fall zeigt also ebenfalls eine eigenartige Bevorzugung der intertriginösen Hautpartien der Anal- und Genitalgegend.

Digitized by Google

1916 beschrieb GOUGEROT (10) eine gummös-lymphangitische Sporotrichose, die offenbar vom Anus her ihren Ausgang nahm und die zugeordneten Lymphstränge der Umgebung und die Leistendrüsen infizierte. Im übrigen war auch die Oberhaut mit pustulösen bzw. pityriasiformen Effloreszenzen beteiligt. Die Lokalisation der Erkrankung in der Aftergegend (in dem HODARAschen Falle auch in der Mundhöhle) ist sicherlich keine zufällige. Daß die Sporotrichonpilze als Saprophyten auf Pflanzen leben und mit der Nahrung vom Menschen aufgenommen werden, ist nach DE BEURMANN und GOUGEROT erwiesen, die auch zeigen konnten, daß die Pilze lebensfähig den Körper per vias naturales wieder verlassen. Sie können also leicht in der Mund- bzw. Analöffnung zur Ansiedlung gelangen, wenn sie dort dafür günstige Vorbedingungen (Rhagaden, Mazerationen usw.) antreffen.

Immerhin zeigten die zitierten Beobachtungen von HODARA und von GOUGEROT mit ihrem Vorhandensein gummös-knotiger Effloreszenzen stellenweise deutlich die typischen Merkmale der Sporotrichose, während unser Fall mit seinem Fehlen tieferer gummöser Knotenbildungen und seiner ausschließlichen Beschränkung auf oberflächliche intertriginöse Hautbezirke bis jetzt unter den Sporotrichosen ein Unikum darstellt.

Literatur.

1. DE BEURMANN und GOUGEROT, Les Sporotrichoses. Paris 1912 (Alc.). — 2. ARNDT, Derm. Zschr., 1910, Bd. 17. — 3. GRÜTZ, Derm. W., 1923, Nr. 26a, S. 568. — 4. M. J. MEYER und J. F. AIRD, Various Sporotr. Differentiated by the Fermentation of Carbohydrates. Journ. of Infectious Dis., 1915, Bd. 16, S. 393. — 5. MATRUCHOT, Archive de Parasitologie. — 6. GOUGEROT und BLUM. Bull. de la soc. franç. de derm., 1914. — 7. SEGRÉ, Sporotricosi da sporotr. Gougeroti. XVII. riun. soc. ital. de Dermatol., 1921. — 8. FONTOYNONT und BOUCHER, Ann. de Derm. et de Syph., 1923. — 9. HODARA, Derm. W., 1923, Nr. 45/46. — 10. GOUGEROT, Ann. des mal. vénér., 1916, S. 664.

Aus der Dermatologischen Universitätsklinik Okayama (Japan).

Über die Vorbeugung der Salvarsanschäden.

Von

Dr. SEIGO MINAMI.

(Schluß.)

3. Die Injektion des Normalneotanvarsans in verschiedenen Lösungsmitteln.

Tabelle III zeigt das Resultat. Hier sind sowohl die Beschaffenheit und Reaktionen der Lösungen als auch die nicht von Erfolg begleiteten Versuche bei anderen Lösungsmitteln fortgelassen.

Die Mäuse starben gleich nach der Injektion von 10%iger Chlorkalziumlösung (je 1 ccm pro 10 g) selbst, jedoch ist die Toxizität des Salvarsans in 0,01%iger Chlorkalziumlösung nicht niedriger als die der gewöhnlichen Salvarsaninjektion. Salvarsan in Chlorkalziumlösung (nach JACOBSOHN und SKLARZ (2) vermindert wahrscheinlich die Nebenerschei-

Digitized by Google

nungen nicht. Afenil, als ein Lösungsmittel von Salvarsan, wie Stümpke (12) es beschreibt, bewährte sich bei Mäusen nicht besonders gut. Salvarsan in 3%iger Gelatine (nach Oliver, Yamada und Kolos [5]) setzt die Toxizität des Salvarsans einigermaßen herab, doch war die Salvarsaninjektion in Kaninchenserum am besten. Spiethoff (8) und Roick (7) beschrieben die Salvarsaninjektion bei Menschen und bei Kaninchen in Eigenserum, Kritschewsky (3) fand guten Erfolg beim Tierversuch in der Salvarsaninjektion in Pferdeserum.

Tabelle III. Versuch der Injektion von Normalneotanvarsan (1 : 400) in verschiedenen Lösungen.

Nr.	Körpergewicht	Lösung	Gleich nach der Injektion	2. St.	5. St.	10. St.	24. St.	48. St.
1	7,2	in 3%iger Gelatine	0	†				
2	7,8		0	0	0	0	0	0
3	7,2		0	†				
4	8,5		0	0	0	0	0	0
5	7,2		0	0	0	0	†	
6	16,9		0	0	†			
7	11,7		0	0	†			
8	12,6		0	0	†			
9	7,5		0	0	0	0	0	†
10	12,8		0	0	0	0	0	0
1	11,9	in 40%igem Urotropin	†					
2	7,3		0	†				
3	7,0		0	0	0	†		
4	9,5		†					
5	9,7		†					
6	8,2		0	0	0	0	0	0
7	5,9		0	0	†			
1	14,4	in Afenil	†					
2	6.0		†					
3	10,5		†					
4	9,3		0	†				
5	9,7		†					
6	7,8		0	†				
1	12,3	in 10%igem Chlorkalzium	†					
2	14,6		†					
3	11.9		†					
4	10,3		†					
5	11,6		†					
6	14,4		†					
1	10.4	in 1%igem Chlorkalzium	0	†				
2	10,0		0	†				
3	8,9		0	†				
4	7,9		0	†				
5	9,9		0	0	†			
6	10,5		0	†				
1	11,6	in 0,01%igem Chlorkalzium	0	0	†			
2	11,6		0	0	0	0	0	0
3	11,7		0	0	†			
4	11,8		0	†				
5	10,6		0	0	†			
6	11,5		0	0	0	†		
7	12,3		0	0	†			

Digitized by Google

Nr.	Körpergewicht	Lösung	Gleich nach der Injektion	2. St.	5. St.	10. St.	24. St.	48. St.
1	8,3	in 5%igem	0	†				
2	9,5	Harnstoff	0	0	0	0	†	
3	9,0		0	0	0	0	0	0
4	10.0		0	0	†			
5	11,0		0	†				
6	9,8		0	0	0	0	0	0
1	16,4	in 1%igem	0	†				
2	10,5	Bromnatrium	0	0	†			
3	12.6		0	0	†			
4	12,2		0	0	0	†		
5	13,7		0	†				
6	12,6		0	0	†			
1	10,0	im Kaninchen-	0	0	0	0	0	0
2	12,1	serum	0	0	0	0	†	
3	9,7		0	0	0	0	0	0
4	11,0		0	0	0	0	0	0
5	9.2		0	0	0	0	0	0
6	8,3		0	0	0	0	0	0
7	12,5		0	0	0	0	†	
8	15,5		0	0	0	0	0	0
9	9.5		0	0	0	0	0	0
10	11,3		0	0	0	†		

4. Die Injektion verschiedener Mittel vor und nach der Salvarsaninjektion.

Normalneotanvarsan wurde in der Verdünnung von 1 : 400 je 1 ccm pro 10 g den Mäusen intraperitoneal injiziert, und vor oder nach der Injektion wurden verschiedene Mittel verabreicht (Tabelle IV). Urotropin, Afenil (nach Stümpke) und Atropin [nach Stokes (11) und Busman (1)] setzen die Toxizität von Salvarsan einigermaßen herab. Adrenalin wirkt gut, wahrscheinlich erst bei anaphylaktoiden Erscheinungen. Bei Kranken, die nach der Salvarsaninjektion immer an Kopfschmerzen, Erbrechen usw. leiden, habe ich (4) nicht regelmäßig, doch manchmal gute Resultate mit Atropin und Adrenalin bemerkt.

Tabelle IV. Versuch der Injektion der verschiedenen Mittel vor oder nach der Normalneotanvarsaninjektion.

(S. zeigt Normalneotanvarsan.)

Nr.	Körpergewicht	Anwendungsweise	2. St. nach der letzten Injekt.	5. St.	10. St.	24. St.	48. St.
1	14,9	Subkutane Injektion d.	0	†			
2	11.1	5%igen Dextrose	0	0	0	†	
3	13,8	(1 ccm pro 10 g Körper-	0	†			
4	13,5	gewicht) 7 Min. nach S.	0	0	0	0	0
5	11,0		0	0	0	†	
6	13.0		0	0	0	†	
7	13,7		0	0	†		
8	9,9		0	†			

Digitized by Google

Nr.	Körpergewicht	Anwendungsweise	2. St. nach der letzten Injekt.	5. St.	10. St.	24. St.	48. St.
1	14,0	Intraperitoneale Injektion der 5%igen Dextrose (0,5 ccm pro 10 g) 5 Min. vor S.	0	0	0	†	
2	27,0		0	0	0	†	
3	14,4		0	0	†		
4	15,6		0	0	0	†	
5	20,2		0	0	0	†	
6	15,2		0	0	†		
7	15,9		0	0	0	0	0
8	16,8		0	0	0	†	
1	8,8	Intraperitoneale Injektion der 50%igen Dextrose (0,1 ccm pro 10 g) 20 Min. nach S.	0	†			
2	9,1		0	†			
3	10,2		0	0	0	0	0
4	10,0		0	†			
5	10,0		†				
6	9,3		†				
7	9,7		0	0	†		
1	8,8	Intraperitoneale Injektion der 50%igen Dextrose (0,1 ccm pro 10 g) 24 St. vor S.	0	0	†		
2	11,6		†				
3	13,6		†				
4	11.8		†				
5	10,2		0	†			
6	11,6		0	†			
1	9,8	Intraperitoneale Injektion des 40%igen Urotropin (0,1 ccm pro 10 g) 20 Min. nach S.	0	0	0	0	0
2	11,2		†				
3	10,5		0	†			
4	7,5		†				
5	10,2		†				
6	10,3		0	†			
1	10,2	Injektion wie oben 24 St. vor S.	0	†			
2	12,5		0	†			
3	12,7		0	0	0	0	0
4	10.7		†				
5	11,4		0	0	0	0	0
6	12,0		0	0	0	0	0
7	11,5		0	0	†		
1	7,8	Injektion des Afenils wie oben 20 Min. nach S.	0	†			
2	9,8		0	†			
3	8,5		0	0	†		
4	9,5		†				
5	8,3		0	0	0	0	0
6	9,5		†				
1	11,5	Injektion des Afenils wie oben 24 St. vor S.	0	0	0	0	0
2	8,0		0	†			
3	11.4		0	†			
4	11,5		0	†			
5	10,5		†				
6	9,5		0	0	0	0	0
1	8,1	Subkutane Injektion d. Morphium hydrochloricum (1%) (0,02 pro 10 g) 20 Min. vor S.	†				
2	9,0		†				
3	9,6		0	†			
4	9.0		†				
5	8,0		†				
6	9,2		†				
7	12,6		0	†			

Digitized by Google

Nr.	Körpergewicht	Anwendungsweise	2. St. nach der letzten Injekt.	5. St.	10. St.	24. St.	48. St.
1	8,9	Subkutane Injektion d.	†				
2	10,1	10%igen Kampfer-	0	†			
3	9,2	olivenöl (0,02 ccm pro	0	†			
4	9,7	10 g) 20 Min. vor S.	0	0	0	0	0
5	9,0		†				
6	9,6		†				
7	10,6		†				
1	16,0	Subkutane Injektion d.	†				
2	12,7	Adrenalins	†				
3	14,9	(0,0000002 g pro 10 g)	†				
4	13,6	5 Min. vor S.	†				
5	15,8		0	†			
1	14.5	Injektion d. Adrenalins	†				
2	13,6	wie oben	†				
3	15,7	5 Min. nach S.	0	†			
4	16,2		†				
5	14,5		†				
1	10,0	Subkutane Injektion d.	†				
2	13,6	Adrenalins	†				
3	14.2	(0,00000015 g pro 10 g)	†				
4	10,3	20 Min. vor S.	0	†			
5	11,6		†				
6	10,3		†				
7	13,6		0	†			
1	8,5	Injektion d. Adrenalins	†				
2	11,6	wie oben	0	†			
3	12,2	20 Min. nach S.	†				
4	10,1		0	†			
5	8,7		†				
6	9,7		†				
7	9,7		†				
1	8,7	Subkutane Injektion d.	0	†			
2	15,8	Atropins	0	†			
3	9,5	(0,000000017 g pro	0	†			
4	10,9	10 g) 20 Min. vor S.	†				
5	9,7		†				
6	11,6		†				
7	9,6		†				
1	9,0	Injektion des Atropins	†				
2	11,0	wie oben	†				
3	12,7	20 Min. nach S.	†				
4	9,5		0	0	0	0	0
5	10,0		†				
6	10,7		0	0	0	0	0

B. Klinische Erfahrungen.

Es war mein Bestreben, Nebenerscheinungen, wie Fieberbewegung, Kopfschmerzen, Nausea, Erbrechen, Diarrhoe usw., nach der Salvarsaninjektion zu verhüten. Die Resultate sind schwer zu beurteilen, doch kann man sich bis zu einem gewissen Grade ein Urteil bilden, wenn man den Pat., die immer nach der Salvarsanverabreichung an den oben erwähnten Erscheinungen leiden, dieselbe Dose von Salvarsan in Eigenserum und nachher wieder in der gewöhnlichen Kochsalzlösung injiziert. Ich habe

Digitized by Google

Normalneotanvarsan (Nnt.) in 15—20 ccm von Eigenserum injiziert. Aus meinen zahlreichen Erfahrungen seien hier bloß 2 Fälle erwähnt.

Fall 1. Y. K., 25jähr. Mann. Syphilis latens. 25. XII. 1924. Nnt. 0,5 in Kochsalzlösung (in 15 ccm von der 0,4%igen Lösung). Schüttelfrost nach 1 Stunde. 2. I. 1925. Nnt. 0,5 in 10%iger Traubenzuckerlösung. Leichte Kopfschmerzen abends. 9. I. Dieselbe Injektion und Erscheinung. 17. I. Nnt. 0,5 in Kochsalzlösung. Schüttelfrost und Fieber 39° C. 24. I. Nnt. 0.5 in 10%iger Zuckerlösung. Schüttelfrost, Fieber 38,5° und Kopfschmerz. 31. I. und 7. II. Injektion wie die letztere. Danach Kopfschmerz. 21. II. Nnt. 0,5 in Kochsalzlösung. Schüttelfrost nach 1 Stunde, Fieber 39.5°. 5 III. Nnt. 0,5 in Autoserum. Nur leichtes Kopfweh. 12. II., 21. II., 5. III., 12. III., 23. III. und 1. IV. Injektion und Nebenerscheinung sind ganz dieselben wie bei der letzteren Injektion. 10. IV. Nnt. 0,4 in Kochsalzlösung. Kopfschmerz stärker.

Fall 2. I. A., 33jähr. Frau. Syphilis latens. Sie leidet immer an Mattigkeit, Fieber (37,5—38,5° C), Nausea usw. nach der Salvarsaninjektion in Kochsalzlösung. 4. II. 1925. Nnt. 0,4 in 10%iger Zuckerlösung. Leichtes Kopfweh. 14. II. Nnt. 0,4 in 3%iger Gelatinlösung. Erbrechen zweimal, Fieber 37,5° C. 25. II. Nnt. 0,4 in Gelatin. Erbrechen zweimal. 5. III. und 13. III. Nnt. 0,4 in Autoserum. Nebenerscheinung ganz frei. 19. III. Injektion in Kochsalzlösung. Etwas leidend.

Zusammenfassung.

Nach meinen Erfahrungen ist sowohl bei Mäusen wie bei Menschen die Salvarsaninjektion in Eigenserum, wie SPIETHOFF, ROICK u. a. angeben, als die zweckmäßigste Methode anzusehen, um Salvarsanschäden vorzubeugen.

Literatur.

1. BUSMAN, J. Am. m. Ass., Bd. 76, Nr. 19. — 2. JACOBSOHN und SKLARZ, Kl. W., 1924, Nr. 28. — 3. KRITSCHEWSKY, Arch. f. Derm., Bd. 144, H. 1. — 4. MINAMI, Jap. J. of Derm. u. Urol., Bd. 25, Nr. 3. — 5. OLIVER, YAMADA und KOLOS, Arch. f. Derm., Bd. 8, Nr. 1. — 6. PRANTER, W. kl. W., 1921, Nr. 4. — 7. ROICK, M. Kl., 1915, Nr. 26. — 8. SPIETHOFF, M. Kl., 1914, Nr. 3 u. 14. — 9. STEINBERG, D. m. W., 1921, Nr. 50. — 10. STRJSKAL, W. kl. W., 1921, Nr. 13. — 11. STOKES, J. Am. m. Ass., Bd. 72, Nr. 4. — 12. STÜMPKE, M. Kl., 1922, Nr. 30 und M. m. W., 1924, Nr. 3. — 13. WEITGASSER, M. Kl., 1924, Nr. 4.

Referatenteil

redigiert von Dr. MARIE UNNA, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Journal d'Urologie.

1925, Bd. 19, Nr. 3.

Ce que nous devons attendre de la diathermie en urologie (Was dürfen wir in der Urologie von der Diathermie erwarten?), von N. Serralach-Barcelona. S. 193. Mit der Anwendung der Diathermie schafft man keine Entzündung, die der natürlichen bei krankhaften Prozessen adäquat wäre. Daher ist sie bei allen akuten Prozessen nicht angebracht. Ihre Folgen, Gefäßdilatation, Anlockung von Leukozyten und Erzeugung einer Exsudation, kommen deshalb nur für chronische Fälle in Betracht, und auch da nicht stets wahllos für alle. Bewährt hat sie sich dem Verf. vor allem bei rebellischen Fällen geschlossener Littreitis, harter Infiltration der Urethra, Prostatitis, Spermatozystitis usw., nachdem die übrige Therapie versagt hatte. Bei der Behandlung der Adnexitis ist sie von großem Wert. Bei der abklingenden Epididymitis ist sie das beste Verfahren, um die Abflußwege des Spermas durchgängig zu machen.

Digitized by Google

La sensibilité de l'épreuve de la P. S. P. pour l'exploration fonctionnelle des reins (Die Empfindlichkeit der Phenolsulfophtaleinprobe für die funktionelle Prüfung der Nieren), von R. Lévy und M. Negro. S. 208. Die P. S. P.-Probe empfiehlt sich wegen ihrer Empfindlichkeit, Genauigkeit und leichten Anwendbarkeit. Bei Anstellung für den Gesamturin erweist sie sich als der Ambardschen Konstante überlegen. 45% P. S. P. in 60 Minuten, 45% bei starker Hypertension stellen bei zystostomisierten Prostatikern einen guten funktionellen Wert der Nieren dar. Bei Anwendung am getrennten Urin zeigt sie fast mathematisch genau die Verteilung des gesunden Nierenparenchyms an und gibt Hinweise für die Diagnose und Prognose. Bei beginnender Nierentuberkulose zeigt sich insofern ihre große Empfindlichkeit, als sie zeitig die Verminderung der Phtaleinausscheidung anzeigt. 35 Krankengeschichten.

Rétrécissements infranchissables de l'urètre périnéal (Unpassierbare Strikturen der Urethra in der Dammgegend), von M. Iungano-Neapel. S. 230. 73jähr. Mann, in der Jugend mehrere Blennorrhoen, uriniert aus Dammfisteln. Resektion der fibrösen Sperre nach der Methode Albarran-Heitz-Boyer. Mobilisation der Urethra- und Urethrorraphie mit der Pars membranacea. Dauerkatheter für 20 Tage. Im Verlaufe eines Monats Bougierung bis auf Béniqué 52. Nach $2^1/_2$ Monaten passiert Béniqué 51 noch glatt.

Accélération probable de la marche d'un cancer de la vessie sous l'influence de la radiothérapie ultra-pénétrante (Vermutliche Beschleunigung des Wachsens eines Blasenkrebses unter dem Einfluß der Strahlentiefentherapie), von Martin-Toulouse. S. 232. Das Karzinom des 70jähr. Mannes, der jede chirurgische Behandlung ursprünglich ablehnte, war anfangs nach Sitz und Größe operabel. Nach Tiefenbestrahlungen sehr rasches Wachstum. Zystostomie.

Observation de calculs vésicaux invisibles à la radiographie (Auf dem Röntgenogramm unsichtbare Blasensteine), von Martin-Toulose. S. 234. 76jähr. Mann. Steinverdacht. Röntgenographisch keine Steinschatten. Spätere Zystoskopie zeigt trotzdem mindestens einen Stein. Sectio alta: 48 erbsen- bis haselnußgroße Steine. In der freien Luft erwiesen sich die Steine bei einer erneuten nachträglichen Röntgenaufnahme als schattengebend.

1925, Bd. 19, Nr. 4.

Des avantages de l'incision transversale des Louis Bazy dans la chirurgie du rein (Die Vorteile des transversalen Schnittes nach Bazy in der Nierenchirurgie), von J. Abadie-Oran. S. 281. An fünf Krankengeschichten werden die Vorteile des transversalen Schnittes erläutert: bequeme und sichere Lagerung des Pat., direkter Zugang zum Nierenkörper selbst und zum Nierenstiel, leichtes Angehen der Rückseite des Beckens, bequeme Austastung, wobei der Schnitt gestattet, extraperitoneal zu bleiben oder durch das Peritoneum vorzugehen.

A propos d'un nouveau vaccin anti-gonococcique (Über eine neue Antigonokokkenvakzine), von M. Negro und M. Sacchi. S. 286. Die Verff. haben eine neue Vakzine hergestellt, die sich an ihren Fällen als äußerst wirksam erwies. Es treten weder lokale noch allgemeine Reaktionen auf; die Menge der immunisierenden Einheiten ist vielmals größer (bis 80 Milliarden Keime) als bei anderen Vakzinen. Die Gonokokken werden nicht chemisch, sondern mechanisch durch einen von Thomson erfundenen Apparat aufgeschlossen; sie werden auf den Zustand kolloidaler Lösungen zurückgeführt. Dabei können diese äußerst schwach alkalisch sein ($^1/_{10}$ n-Natronlauge, Antiformin usw. unnötig). Verringerung der Toxizität durch Passage durch Chamberlandfilter, Beschleunigung der Filtration durch eine eigens konstruierte Zentrifuge „Sharples". 16 Krankengeschichten sind mit ausführlichen Angaben beigefügt.

Etude sur le cancer primitif de l'urètre chez l'homme (Studie über den primären Krebs der männlichen Harnröhre), von R. Christen, Chir. Univ.-Kl. Genf. S. 304. Der primäre Harnröhrenkrebs ist selten; man hat deren etwa 50 beobachtet. Sein Ursprung ist nicht geklärt, auffällig ist die Häufigkeit der Blennorrhoe in der Anamnese. Desgleichen häufig Strikturen (bei der Häufigkeit dieser Erkrankungen? der Ref.). Meist handelt es sich um ein Plattenepithelkarzinom. Schleichendes Entstehen, allmähliches Wachstum, Ulzeration, Fisteln, Ausfluß, Blutungen; sekundäre Infektion des Urins, Generalisation. Kachexie, Tod. Prognose sehr schlecht. Frühzeitiger radikaler, chirurgischer Eingriff kann, besonders bei günstigem Sitz am Penis, Heilung bringen. Therapeutisch Methode der Wahl: chirurgisches Vorgehen, eventuell Amputation im Gesunden, Emaskulation. Ausräumung der Leistendrüsen, dazu Radium- oder Strahlenbehandlung. Krankengeschichten.

Digitized by Google

Grand kyste suppuré du rein gauche (Große vereiterte Zyste der linken Niere), von **M. Patel** und **M. Mallet Guy-Lyon.** S. 316. Bericht über einen Fall einer großen vereiterten Zyste bei einem 21jähr. Manne. Nephrektomie. Heilung.

Deux observations de cathétérisme urétéral à vessie ouverte pour tuberculose rénale (Zwei Fälle von Ureterenkatheterismus von der geöffneten Blase aus bei Nierentuberkulose), von **J. Martin-Toulouse.** S. 321. In beiden Fällen trotz Verdacht nie Tuberkelbazillen nachweisbar. Ureterenkatheterismus im ersten Fall mit Mühe nur einseitig, im zweiten überhaupt nicht gelungen. Zystostomie. Auffällig geringe Blasenveränderungen. Ureterenkatheterismus von der Blase aus beide Male sehr leicht. Exstirpation der jeweils betroffenen Nieren, die tuberkulös waren. Außerordentliche Besserung nach den Operationen; beim zweiten Falle Verbleiben einer Blasenfistel.

Syphilome primaire de l'urètre (Primäraffekt der Harnröhre), von **L. Strominger-Bukarest.** S. 326. Typischer Fall, dessen erstes Symptom Ausfluß war.

Double hydrocèle syphilitique (Doppelseitige syphilitische Hydrozele), von **L. Strominger-Bukarest.** S. 327. Sehr große doppelseitige Hydrozele. Punktion; einige Monate später Rezidiv. In der Anamnese Lues. Radikaloperation auf der rechten Seite. WR im Blute und in der Hydrozelenflüssigkeit positiv. Hoden- und Nebenhodenschwellung auch der linken Seite gehen ebenso wie deren Erguß auf spezifische Kur mit Hg und Neosalvarsan völlig zurück.

Rétrécissement urétral, suite de brûlure par l'hypérite (Harnröhrenstriktur infolge Verätzung mit Giftgas [Hyperit]), von **H. Bellanger.** S. 329. Schwere Verbrennungen durch Hyperit am ganzen Körper im Jahre 1918 im Felde. Jetzt Ausfluß, Schmerzen beim Koitus, Krümmung des Penis bei der Erektion nach abwärts. Urethroskopisch schwere Striktur. Große Besserung durch Bougierung. **E. Sklarz-Berlin.**

Actas Dermo-Sifiliograficas.

1925, Nr. 3.

Queratodermia blennorragica (Keratodermia blennorrhoica), von **E. A. Sainz de Aja.** S. 101. In dem vom Verf. beschriebenen Fall von Keratodermia blennorrhoica sind folgende Merkmale charakteristisch: 1. Die Intensität und Ausbreitung der Effloreszenzen, die einen schweren fieberhaften Zustand hervorriefen, der den Kranken mehr als drei Monate ins Bett zwang. 2. Die Effloreszenzen sind an dem Stirn-Scheitelbein in Form von kleinen „Gebirgsketten" gruppiert. 3. Die Horngruppen, welche um den Nabel konfluieren, bilden eine dicke und große Hornkappe. 4. Dieselbe Art von Keratodermien findet sich in der linken Achsel, in der rechten nur Faltenbildung, so daß die sonst beschriebene Symmetrie hier unvollständig ist. 5. Die feuchten Stellen ohne Horndecke finden sich in den Falten des Perineums und Skrotums und zwischen Oberschenkel und Perineum. 6. Von Schleimhautläsionen wurden nur Erosionen der Mandeln bei dem Kranken beobachtet; doch läßt es Verf. in Zweifel, ob dieselben zu dem Krankheitsbild gehören. 7. Als merkwürdiges Faktum konstatiert er die Tatsache, daß trotz dreimonatiger Bettruhe der Prozeß vollkommen geheilt ist, ohne irgend eine Ankylose oder Beschränkung der Bewegungen hinterlassen zu haben. 8. Der ausgezeichnete Heilerfolg wurde erzielt durch intravenöse Injektionen von Natrium salicylicum 10:100 jeden zweiten Tag 50 cg bis 2 g. Verf. glaubt, daß die Effloreszenzen der Keratodermia blennorrhoica an sich nicht blennorrhoisch sind und auch nicht von den antiblennorrhoischen Heilmitteln beeinflußt werden.

Lepra, von **M. Guillén.** S. 114. Verf. weist darauf hin, daß, obwohl die Übertragbarkeit der Lepra per contiguitatem außer Zweifel stünde, es ihm doch nur in zwei Fällen gelungen ist, eine solche Übertragung festzustellen. Verf. betont die Wichtigkeit der frühzeitigen Diagnose der Lepra und weist auf den Wert der Albuminoreaktion des Nasenschleims als Frühsymptom der Lepra hin, deren Nachweis auch leicht ohne Laboratorium von den Landärzten zu führen ist. Lepröse können bei guter Pflege viele Jahre leben. Sie sterben entweder an Kachexie oder an Asphyxie. Der Ausgang in Asphyxie ist außerordentlich häufig, da eine Prädilektionsstelle die oberen Respirationsorgane sind. Als Behandlung kommt in Betracht: 1. hygienische Behandlung (frische Luft, Sonne, Reinlichkeit, entsprechende Ernährung); 2. ätiologische Behandlung mit Chaulmoograöl entweder als Antileprol Bayer in Kapseln oder in Form von intramuskulären oder intravenösen Einspritzungen; 3. lokale Behandlung mit Bädern, Nasen-

Digitized by Google

duschen und Zerstörung von Lepromen mit Kohlensäureschnee. Von neueren Mitteln wurde angewandt: die Präparate von Antimon, Wismut und Kupfer. Prophylaktisch empfiehlt sich die obligatorische Verwahrung aller Leprösen und Bewachung der Grenzen.

Estudios esperimentales y clinicos sobre las asociaciones bismuto-proteinicas en el tratamiento de la sifilis (Die experimentellen und klinischen Grundlagen der Wismut-Proteinverbindungen bei der Behandlung der Syphilis), von Navarro Martin und J. Bejarano. S. 117. Das von den Verff. hergestellte Präparat ist eine Verbindung von Milch und einer Lösung von „Tartrobismutato sédico-potásico" (Kalium-Natrium-Bismutum tartaricum), das sie der Kürze halber Bismuproteol nennen. Jeder Kubikzentimeter Milch enthält 1,6 mg Bismutum metallicum nach Formel 1a und 3.2 mg nach Formel 2a. Das Bismuproteol kann nach Verff. ohne die geringste Gefahr von Stomatitis angewendet werden bei Personen mit schlecht gepflegtem Mund und ohne die Notwendigkeit, für spezielle Mundpflege zu sorgen, ferner in Fällen mit Nieren- und Darmstörungen. Die schnelle und energische Wirkung auf den Wassermann läßt seine Anwendung ratsam erscheinen in allen gegen andere Therapie serologisch resistenten Fällen und wo ein positiver Wassermann als einziges Symptom existiert. Die Kombination von Bismuproteol und Salvarsanbehandlung ist empfehlenswert.

La sifilis adquirida sin chancro (Erworbene Syphilis ohne Schanker), von E. Ledo. S. 125. Verf. betont, daß das genaue Studium der kryptogenetischen Syphilisformen uns den Schlüssel für die Erklärung vieler, sehr merkwürdiger klinischer Tatsachen bringen wird, und wirft die Frage auf: Ist es die Quantität der Keime, welche gewisse Formen des Eindringens der Keime bestimmt, oder vielmehr die Eingangspforte oder die Verteidigungsmaßregeln, auf welche jedes Gewebe in verschiedener Art dagegen reagiert?

Curacion espontanea de un liquen escrofulosorum (Selbstheilung eines Lichen scrophulosorum), von E. A. Sainz de Aja. S. 127. Bei einem jungen Mädchen bestand ein handtellergroßer Lupus vulgaris an dem rechten Glutäus, und gleichzeitig waren zahlreiche Lichen-scrophulosorum-Knötchen in der Lumbal- und Sakralgegend und spärlich und zerstreut an der Haut des Rückens vorhanden. Nach Exstirpation des Lupusherdes verschwanden die Lichenknötchen spontan. Verf. schließt daraus, daß der Lichen scrophulosorum eine Affektion ist, die durch Toxine und nicht durch Tuberkelbazillen hervorgerufen wird, und daß nach der Exstirpation des Lupus die Quelle der Toxine versiegte und die durch sie gesetzten Lichenläsionen verschwanden.

R. Ledermann-Berlin.

The British Journal of Dermatology and Syphilis.

1925, Bd. 37, Nr. 7.

A Case Relapsing Non-Suppurative Nodular Panniculitis, Showing Phagocytosis of Subcutaneous Fat-Cells by Macrophages (Ein Fall nichteitriger knotiger Pannikulitis mit Phagozytose der subkutanen Fettzellen durch Makrophagen), von F. P. Weber. S. 301. Pat., 50jähr. Witwe, eher mager wie fett, zeigte phlegmoneähnliche Schwellungen (Haut und subkutanes Gewebe umfassend) an der Rückseite beider Unterschenkel, in der linken Hüftgegend und an beiden Oberextremitäten, besonders nahe dem Ellbogen. Nebenher bestanden allgemein rheumatische Beschwerden, seit Jahren Magenverstimmungen u. a. m. Die Knoten gingen allmählich zurück (auf Liquor. arsenic. und Röntgenstrahlen), kamen aber nach Monaten wieder zum Vorschein, ebenso eine neue Schwellung von Orangengröße über der Sakralgegend unter Fieber und allgemeinem Unwohlsein. Auf Bettruhe, kleine Dosen von Natr. salicyl., Liquor. arsenic. trat bald Besserung ein, und die Schwellung über der Sakralgegend, welche zweifellos von derselben Art wie die anderen (an den Beinen) war, verschwand nahezu vollständig. In den Schultern blieb eine gewisse Steifheit zurück. Die mikroskopische Untersuchung eines exzidierten Knotens ergab das typische Bild einer Fettgewebsentzündung, am auffallendsten in Form der Histiozyten oder fettfressenden Makrophagen, die in der Umgebung oder innerhalb der großen Fettklümpchen der gewöhnlichen Fettzellen des befallenen subkutanen Gewebes lagen. Diese Phagozytose der Fettzellen muß vermutlich auf einen Entzündungsprozeß, der durch irgend einen unbekannten Erreger hervorgerufen wird, beruhen. W. stimmt mit Stockmann darin überein, daß die als Beispiele von Dercums „Adiposis dolorosa" bezeichneten Fälle oft nur solche von subkutaner Fibrosis oder Pannikulitis

Digitized by Google

bei fetten Personen (hauptsächlich Frauen) sind. Unter den von Stockmann u. a. angegebenen Ursachen sind Rheumatismus, Influenza, verschiedene Infektionen, einschließlich Tripper, auch Toxämie aus Magen-Darmstörungen, Obstipation, Kolitis hervorzuheben; sicher kann man alle verschiedenen erregenden und konstitutionellen Ursachen der Fibrositis hier einschließen. Immerhin ist die Frage, ob der vorliegende Fall von „rezidivierender Pannikulitis" nicht mit Erythema induratum oder Erythema nodosum nahe verwandt ist, und W. neigt dieser Verwandtschaft mit Whitfields Typus von Erythema induratum doch zu — trotz des bisher wenig bekannten mikroskopischen Bildes, des relativ akuten Auftretens der Schwellungen, der erbsengroßen Knötchen, die nach Verschwinden der letzteren zuweilen zurückbleiben, und des besonderen Sitzes der größten Schwellung (an der Kreuzbeingegend). Literaturübersicht über dieses merkwürdige Krankheitsbild.

Historical Notes on Scabies, with Remarks on the Palaeontology of the Acarus (Geschichtliche Bemerkungen über Skabies und die Paläontologie des Akarus), von G. Pernet. S. 312. Obwohl die „Juckkrankheit" und die Ursache derselben durch einen Parasiten lange bekannt waren, so ward doch die eigentliche Natur des Akarus erst im Jahre 1835 durch Renucii, der den weiblichen Akarus, und Lanquetin (1851), der den männlichen und dann beide zusammen genau beschrieb, bekannt. Die Skabies wurde zwar nun durch lokale Mittel geheilt, aber der Akarus als Ursache derselben bei weitem noch nicht allgemein anerkannt; ja in späterer Zeit erklärte noch Devergie den Akarus als die Folge und nicht die Ursache der Krätze — so beherrschend und eingewurzelt war die Idee der Spontangeneration. Nach den paläontologischen Bildern seines Larvenstudiums mit 6, eines erwachsenen mit 8 Beinen) gehören die Akari oder Milben zu der Klasse der Arachnoiden. Die paläontologischen Arachnoiden sind älter als die Insekten.

A Case of Lupus Disseminatus (Post-Exanthematic Miliary Tuberculosis Cutis) (Ein Fall von Lupus disseminatus [postexanthematische Miliartuberkulose der Haut]), von H. Sundt. S. 316. Der Fall betraf einen 5jähr. Knaben, bei dem 3 Jahre vorher nach einer heftigen Masernerkrankung die Hauteruption aufzutreten begann. Dieselbe besteht aus zerstreuten zahlreichen Papeln von Hirse- bis Hanfkorngröße, wovon die größten (an der linken Wange) mit Schuppen bedeckt waren, symmetrisch an beiden Wangen und unter dem Kinn, an beiden Vorderarmen, Knien, je eine an der rechten Hand und am linken Fuß und außerdem eine am Stamm oberhalb der Symphyse sitzend. Die Aufnahme in das Krankenhaus fand wegen der ziemlich hochgradigen Spondylitis tuberculosa statt. Pirquetsche Hautprobe wiederholt positiv. Unter intensiver Sonnenbestrahlung ging der Ausschlag fast völlig zurück. Das mikroskopische Bild früher exzidierter Papeln war das gewöhnliche des Lupus disseminatus; Überimpfung auf Meerschweinchen ergab Drüsenschwellungen mit zahlreichen typischen Tuberkelbazillen. Disseminierter Lupus mit seinen miliaren Veränderungen hat insofern praktische Bedeutung, als er ein Warnungssignal einer stattgehabten tuberkulösen Infektion, wie auch tatsächlich im vorliegenden Falle, abgibt. Er ist nach Verf. Überzeugung weit häufiger (in seinen leichteren Formen), als allgemein angenommen wird. Die kleinen weißen, rundlichen Narben, welche häufig bei skrofulös-tuberkulösen Pat. gesehen werden, sind wahrscheinlich die Überreste eines alten tuberkulösen Exanthems, zuweilen auch vom Typus des hier beschriebenen disseminierten Lupus.

M. Stern-München.

Bücherbesprechungen.

Monographien über die Zeugung beim Menschen. Bd. 3: Die Funktionsstörungen der Zeugung beim Manne. Bd. 4: Die libidinösen Funktionsstörungen der Zeugung beim Weibe, von H. Rohleder-Leipzig. (2., völlig umgearbeitete Auflage, Thieme, Leipzig 1925. 297 S. Geh. M. 9. Geb. M. 10.50.) Der 3. und 4. Band des Rohlederschen Werkes sind ebenso wie der früher in dieser Zeitschrift besprochene 1. und 2. Band zu einem Bande vereinigt. Der Verf. hat vieles aus der vor 11 Jahren erschienenen 1. Auflage den neuzeitlichen Forschungsergebnissen entsprechend überarbeitet bzw. hinzugefügt. So u. a. eine kritische Besprechung der Steinachschen Lehren. Rohleder verhält sich hier in der Beurteilung der Erfolge skeptisch, zum Teil auch ab-

Digitized by Google

lehnend. Das über instrumentelle Behandlung (Kaustik usw.) bei nervöser Impotenz Gesagte darf heutigentags, wo es aus so autoritativem Munde kommt, nicht widerspruchslos hingenommen werden. Die Sexualneurasthenie hat kein anatomisches Substrat in der hinteren Harnröhre (Heller). Man züchtet bei der von Rohleder angegebenen und leider immer noch sehr verbreiteten Behandlungsmethode eher Neurastheniker, als daß man sie heilt. Auch mit dem über die chronische Blennorrhoe Gesagten wandelt der Verf. noch die Gedankenwege, welche endlich verlassen werden sollten. Seinen Worten, daß der Finger zur Massage von Prostata und Samenblasen oft nicht ausreiche, muß entgegengehalten werden, daß eine Massage lege artis nur mit dem Finger ausgeführt werden kann, wenn sie Zweck und Erfolg haben soll. Ausführlich behandelt werden männliche Sterilität, künstliche Befruchtung, und in sehr eingehender Darstellung sind Impotenz und Sterilität vom forensischen Standpunkt aus besprochen. — Im 2. Band wird eine erschöpfende Schilderung der Sterilität des Weibes infolge Störungen des Geschlechtstriebes gegeben. (Frigidität, Dyspareunie, Nymphomanie, Vaginismus, Klitorismus, Hysterie.) Auch hier wird die forensische Bedeutung beleuchtet, und aus der Praxis werden instruktive Beispiele angeführt. Therapeutisch wird manches Beherzigenswerte aus der eigenen großen Erfahrung des Verf. gesagt. Dankenswert sind eine exakte Begriffsbestimmung vieler bisher nicht scharf getrennter Krankheitszustände und die eingehende Würdigung der forensischen Bedeutung der besprochenen Erkrankungen und Zustandsbilder. Das grundlegende Werk wird darum nicht nur dem Arzt, sondern gleicherweise auch dem Juristen eine wertvolle Handhabe in vielen Fragen sein.

O. A. Schwarz-Berlin.

Die Klinik der bösartigen Geschwülste, von P. Zweifel und E. Payr. (Bd. 2, Verlag S. Hirzel, Leipzig 1925.) Nach einer für ein derartiges Sammelwerk verhältnismäßig kurzen Zeit ist jetzt der 2. Band des großen Geschwulstwerks von Zweifel und Payr erschienen, der die bösartigen Geschwülste der Brustorgane, des Magen-Darmtraktus und seiner großen Drüsen, des uropoetischen Systems, der Milz, der Nebennieren, der männlichen Geschlechtsorgane sowie der Wirbelsäule und der Extremitäten behandelt. Den größten Raum nehmen ihrer praktischen Bedeutung entsprechend die Magengeschwülste ein (Kleinschmidt: Pathologische Anatomie, Symptomatologie, Diagnose; Payr: Behandlung). Ins Gebiet der Dermatologie gehören Teile des Kapitels von Voelker und Boeminghaus, die neben den Geschwülsten der Blase, der Harnröhre, des Hodens und Nebenhodens, der Prostata und der Samenblasen auch diejenigen des Penis in einer alles Wesentliche präzis zusammenfassenden Form behandeln, sowie — ebenfalls teilweise — der Abschnitt über die bösartigen Geschwülste der Extremitäten (Frangenheim). In diesem werden nämlich noch einmal ziemlich ausführlich die Tumoren der Haut abgehandelt, wenn auch in einer von dem Kapitel Delbancos und G. W. Unnas im 1. Band nach Form und Inhalt stark abweichenden Darstellung. Verf. teilt die Hautkrebse der Extremitäten ein in 1. solche, „die durch langdauernden örtlichen Reiz auf chronisch-entzündlichem Boden entstehen"; 2. aus a) angeborenen Nävis, b) erworbenen Warzen entstandene und 3. auf vorher scheinbar normaler Haut spontan entstandene Krebse. Ein Vorzug dieser von Volkmann stammenden quasi ätiologischen Einteilung ist nicht recht ersichtlich. Überdies erscheint dem Ref. die Zusammenfassung so heterogener Dinge, wie Hautkrebse, metastatiale Knochenkrebse, Haut-, Faszien-, Muskel- und Knochensarkome es sind, in einem Kapitel „Extremitätentumoren" wenig glücklich. Die Tatsache, daß die schwereren unter ihnen eine Amputation nötig machen, scheint fast der einzige gemeinsame Gesichtspunkt zu sein. Andererseits werden auf diese Weise die Tumoren der Haut zweimal, die der Knochen gar dreimal (bei den Kapiteln Schädel, Wirbelsäule und Extremitäten) behandelt, während diejenigen der Faszien und Muskeln doch gar zu kurz kommen. Das sind Schattenseiten der Sammelwerke, die nie ganz, im vorliegenden Fall aber doch in weitem Maße vermeidbar wären und in einer kommenden Auflage gewiß — zum mindesten durch gegenseitige Fühlungnahme der betreffenden Verf. — gemildert werden können. Den Beschluß des Bandes macht ein Kapitel: „Geschwulstbildung und Trauma" (Frangenheim), das ein ausführliches Referat der einschlägigen Literatur bringt. Hervorzuheben sind die sehr zahlreichen, zum größten Teil außerordentlich wohlgelungenen und instruktiven Abbildungen, die diesen Band zieren.

Fr. Wohlwill-Hamburg.

Handbuch der Röntgentherapie, von P. Krause. (Lfg. 7 und 8, Verlag W. Klinkhardt, Leipzig 1925.) Lfg. 7 behandelt die Röntgentherapie bei Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten von Amersbach-Freiburg i. Br. Lfg. 8 enthält die Röntgentherapie bei chirurgischen Erkrankungen, allgemeiner Teil von Holfelder-Frankfurt. Da die Be-

Digitized by Google

arbeitungen der einzelnen Spezialfächer in sich abgeschlossen sind und sie einen allgemeinen Teil enthalten, der über die biologischen und technischen Grundlagen der Röntgentherapie weitgehend orientieren, sind diese Lieferungen, deren Preis zwischen 6 und 9 M. schwankt, den Fachärzten zu empfehlen. Die persönliche Stellungnahme der mitten im praktischen Beruf stehenden bekannten Verff. zu den verschiedenen akuten Fragen der praktischen Röntgentherapie macht ihre Arbeiten besonders reizvoll.

E. Hornemann-Lüneburg.

Die medikamentöse Behandlung der Harnröhrengonorrhoe des Mannes und deren pharmakologische Grundlagen, von A. Perutz. (Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin 1925.) In diesem Werke vereinigen sich eine umfassende Kenntnis der Blennorrrhoe und der Maßnahmen zu ihrer Behandlung mit einer ungewöhnlichen Beherrschung der Literatur. Die Grundlagen für die Abfassung bildeten die zahlreichen eigenen Arbeiten des Verf., die als „Beiträge zur experimentellen Pharmakologie" verschiedentlich publiziert wurden. Das vorliegende Buch bietet zunächst einen allgemeinen Teil, der physiologische und pharmakologische Darlegungen über das männliche Genitale im allgemeinen und den Samenstrang im besonderen, ferner Bemerkungen über die allgemeine Arzneiverordnungslehre und ihre Beziehungen zur Therapie enthält. Der spezielle Teil umfaßt die allgemeinen therapeutischen und diätetischen Maßnahmen (Suspensorium, Kost usw.), die Behandlung der Blennorrhoe durch innerliche symptomatische und bezüglich Komplikationen prophylaktische Mittel, die örtliche Therapie mit Desinfizientien und Adstringentien, die spezifische Behandlung mittels aktiver und passiver Immunisierung, die unspezifische Therapie durch parenterale Eiweißzufuhr, Terpentinbehandlung und Kolloidtherapie. Das Schlußkapitel erörtert den allgemeinen Gang der Therapie bei der Blennorrhoe und ihren Komplikationen unter besonderer Berücksichtigung auch der Abortivverfahren. Ein Namen- und Sachregister sind angefügt. Trotz der Fülle des Materials ist immer ein organisches Zusammengehören der einzelnen Teile zu bemerken. Geschickte Darstellung und ständiges Verknüpfen der Praxis mit den theoretischen, experimentellen, pharmakologischen und biologischen Grundlagen lassen bei der Lektüre nicht ermüden, wenn das Buch für den Praktiker und Lernenden wohl — eben wegen der Reichhaltigkeit des Gebotenen — mehr ein Nachschlagewerk als ein Buch des zusammenhängenden Studiums bleiben wird. Der wissenschaftlich Interessierte hat seine Freude daran. Es füllt eine Lücke aus und verdient einen Platz in jeder Bibliothek.

E. Sklarz-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung.

Der respiratorische Gasstoffwechsel als Wertmesser der Lichttherapie, von A. Landeker und E. Schulz-Berlin. (Strahlenther., 1925, Bd. 19, H. 3, S. 579.) Bei Gelenkaffektionen, Stoffwechselstörungen, bei erworbener Amenorrhoe und bei Arteriosklerose wurden Ultraviolettbestrahlungen mit Reizkörper- oder Organtherapie kombiniert. Auf Grund der beobachteten prozentualen Steigerung des Grundumsatzes glauben Verff. eine fein abgestufte Reiztherapie gefunden zu haben. Bei Abschluß der Behandlung nähert sich der Grundumsatz der Norm im Sinne der Benedictschen Standardzahlen. Die Versuche wurden mit dem Benedictschen Respirationsapparat, wie ihn Kestner-Hamburg angegeben hat, ausgeführt. Der Arbeit ist eine Tabelle über die einzelnen Untersuchungen beigegeben.

A. Holländer-Hamburg.

Zur Biologie des Ultraviolettlichts. I. Mitteilung: Zur Frage der Dosimetrie des Ultraviolettlichts, von L. Schall, Kinderabt. Landeskrkhs. Homburg (Saar) und H. J. Alius, Chir. Kl. Tübingen. (Strahlenther., 1925, Bd. 19, H. 3, S. 559.) Bei Untersuchungen über die Biologie des Ultraviolettlichts erhielten Verff. bei Benutzung der Kellerschen Dosierungsmethode größere Differenzen. Infolgedessen wurden alle in Betracht kommenden Fehlerquellen geprüft. Die Lampe muß mindestens 30 Minuten vor jeder Untersuchung einbrennen. Während des Einbrennens darf die Lampe nicht geschlossen sein. Aber nach Ausschluß dieser Fehler zeigte eine neue Versuchsreihe auf Konstanz der Werte Schwankungen bis zu 42%. Die Fehlerquelle mußte also in der Kellerschen Reaktion liegen. Die Natriumthiosulfatlösung soll jedesmal frisch her-

Digitized by Google

gestellt werden. Ein häufiger Wechsel der Schwefelsäure muß nach Möglichkeit vermieden werden. Der Einfluß der Temperatur der Reaktionsflüssigkeit ist von Bedeutung. Die Versuche wurden mit Wasserkühlung unter Einhaltung einer konstanten Temperatur von 14° angestellt. Ebenfalls sind die Beziehungen zwischen Oberfläche und Volumen der Bestrahlungsgefäße von Wichtigkeit. Nach Berücksichtigung dieser Punkte fand sich an verschiedenen Tagen völlige Übereinstimmung. Die Kellersche Reaktion ist unter Beachtung der genannten Vorsichtsmaßregeln die genaueste Dosierungsmöglichkeit für biologische Versuche mit Ultraviolettlicht.

A. Holländer-Hamburg.

Zur Biologie des Ultraviolettlichts. II. Mitteilung: Zur Frage der Messung der Hautreaktion, von L. Schall und H. J. Alius, Chir. Univ.-Kl. Tübingen. (Strahlenther., 1925, Bd. 19, H. 4, S. 796.) Das Prinzip der Messung beruht darauf, daß ein nichtbestrahltes Hautfeld mit entsprechend gefärbten durchsichtigen Vorlagen der Reihe nach bedeckt wird, bis die Farbe der durch die Vorlage betrachteten unbestrahlten Haut mit der bestrahlten genau übereinstimmt. Die Verff. bedienen sich zur Herstellung der Färbeskala für Messung des Erythems Deckgläschen, die mit einer Äther-Kollodiumschicht überzogen werden, welcher in Alkohol gelöste Farbstoffe (Eosin und Sepiabraun) in verschiedener Konzentration zugesetzt werden. In einem geeigneten Schieber werden die Farbgläschen gefaßt und so an das zu messende Erythem herangeführt. Eine Erweiterung erfuhr die Anwendungsfähigkeit des Apparates durch die Möglichkeit, den Grad der Pigmentierung zu messen. Der zum Vergleich nötige Farbton wurde dabei erzielt durch Mischung einer entsprechenden Sepia- und Blauschwarzlösung.

Th. Lilienstein-Hamburg.

The Application of Ultra-Violet Light in General Practice (Die Verwendung der ultravioletten Strahlen in der Allgemeinpraxis), von T. C. McKenzie-Birmingham. (Brit. m. J., 1925, Nr. 3358, S. 880.) Von dermatologischen Affektionen wurden behandelt: Ulzerationen, Ekzeme, Alopecia areata, Sykosis, Lupus, Verbrennungen und Psoriasis. Der vom Verf. bevorzugte Apparat ist eine in England hergestellte Quarz-Quecksilberdampflampe, die an die elektrische Stromleitung angeschlossen werden kann. Die Resultate waren sehr befriedigend, indem viele Fälle zur Heilung gelangten, die vorher lange Zeit mit anderen Mitteln vergeblich behandelt worden waren. Im allgemeinen wurden die Bestrahlungen wöchentlich einmal gegeben. Beim Ekzem pflegt anfangs eine Steigerung der Sekretion und des Juckreizes zu erfolgen, doch geht dieselbe bald wieder vorüber.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Vergleichende Messungen an der Höhensonne und der Quarzlampe „Wiusol", von P. A. Schultz-Jena. (Strahlenther., 1925, Bd. 19, H. 4, S. 815.) Die Quarzlampe „Wiusol", eine Neukonstruktion des Jenaer Quarzwerkes, bei der die stromzuführenden Drähte unmittelbar in den Quarz des Brennkörpers eingeschmolzen sind und die ohne Kühlung betrieben wird, arbeitet bezüglich der ultravioletten Strahlenausbeute ökonomischer als die Höhensonne.

Th. Lilienstein-Hamburg.

Severe Dermatitis Following Ultra-Violet Light (Intensive Dermatitis nach Einwirkung von ultravioletten Strahlen), von H. McCormac und H. Moreland McCrea-London. (Brit. m. J., 1925, Nr. 3354, S. 693.) Ein 72jähr. Mann, der sich abends im Bette mit ultravioletten Licht zu bestrahlen pflegte, schlief einmal bei dieser Gelegenheit ein, so daß die Bestrahlung eine Stunde und 10 Minuten andauerte. Die erste Folge war eine diffuse Rötung, Schwellung der Haut und nachfolgende Abschuppung, wobei sich auch die nichtbestrahlte Rückseite des Körpers beteiligte. Nach 8 Tagen war starke Pigmentierung eingetreten auf der Vorderseite und auch auf der Rückseite. Im weiteren Verlauf folgten diffuse Erythembildung, Urtikaria und starkem Ödem und während etwa 4 Tage ernste Störung des Allgemeinbefindens. Am Ende der vierten Woche bestand noch an verschiedenen Stellen seröse Exsudation nebst einem dicht geröteten Purpuraausschlag; doch erholte sich Pat. schließlich in befriedigender Weise.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zirkulationsstörungen und Hämorrhagien.

Lokale Zirkulationsstörungen nach Masern, von W. Händel, Kinderkrkhs. Karlsruhe. (Mschr. f. Kinderhlk., 1925, Bd. 30, H. 1, S. 55.) Es werden zwei Fälle lokaler schwerer Zirkulationsstörungen nach Masern mitgeteilt, die sich beide Male nur an den Extremitäten einstellten. Im ersteren Falle trat die Störung anfallsweise auf und führte

Digitized by Google

zu einer scharf umschriebenen, mit Ödem verbundenen Zyanose mehrerer Extremitäten. Nach Wärmezufuhr und Massage schließlich Heilung. Im anderen Fall bestand eine wachsartige Blässe und Kälte, die an beiden Füßen begann und innerhalb von 2 Tagen die ganze untere Körperhälfte bis zum Nabel ergriff. Die Störung zeigte sich keinen therapeutischen Einflüssen zugänglich. In beiden Fällen werden Kapillarschädigungen toxischer Natur angenommen: im ersten Falle eine Kapillarlähmung, im zweiten ein Kapillarspasmus. R. Ley-Kreuznach.

Unusual Complication Following Usual Operative Procedure for Varicose Veins (Ungewöhnliche Komplikation nach dem gewöhnlichen, für variköse Venen üblichen operativen Vorgehen), von D. Fisher und E. H. Mensing-Milwaukee. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 10, S. 728.) Diese Komplikation besteht, wie Verff. an zwei Fällen selbst erlebten, in Thrombose oder Varizen der tieferliegenden Venen und weiterhin der Gefahr der Gewebsnekrose (Notwendigkeit der Amputation). Es sollte also in jedem Falle von Varizen der Zustand der tieferliegenden oder perforierenden Venen (Trendelenburgsche Probe) genau untersucht werden und man in Zweifelfällen, wenn die Kollateralen über das Poupartsche Band hinaus sich ausdehnen und keine intraabdominale Ursache für die venöse Obstruktion vorliegt, immer Verdacht auf die tiefen Venen haben. M. Stern-München.

Zusammenstellung der wichtigsten therapeutischen Maßnahmen bei der Behandlung von Varizen und ihren Folgeerscheinungen, von F. Schlunk, Heilanstalt f. Beinleiden Hamburg. (M. m. W., 1925, Nr. 21, S. 856.) Flüchtige und nicht überall richtige Darstellung bekannter Dinge. A. v. Notthafft-München.

Urtikaria und Exantheme.

Two Diseases Due to Fashion in Clothing: Chlorosis and Chronic Erythema of the Legs (Zwei durch die Kleidermode bedingte Krankheiten: Chlorose und chronisches Erythem der Unterschenkel), von F. P. Weber-London. (Brit. m. J., 1925, Nr. 3360, S. 961.) Während die Internisten zu der Überzeugung gelangt sind, daß die früher so sehr verbreitete Bleichsucht der jungen Mädchen der Hauptsache nach auf das enge Schnüren des Korsetts zurückzuführen ist, haben neuerdings verschiedene Beobachter (Dore, Stott, Mc Cornac u. a.) ein chronisches Erythem der Unterschenkel beschrieben, das sie als Folge einer anderen Modetorheit, des Gebrauchs von allzu dünnen Strümpfen und der damit bedingten ständigen Abkühlung der unteren Extremitäten, erklären. Nach W. sieht man heutzutage nicht so ganz selten namentlich bei Mädchen im Alter von 14—20 Jahren und verhältnismäßig häufiger bei gleichzeitigem Vorhandensein von Dickdarmstörungen und menstruellen Defekten sowie bei rheumatoiden Schwellungen der Phalangen ausgedehnte Flecke und Plaques von indurativem Erythem, ähnlich dem Bazinschen E. induratum, aber ohne Entwicklung von Knoten und Ulzerationen. Anfangs vergeht die Störung ziemlich leicht bei Bettruhe und Wärme; doch sieht man auch diffuse, manschettenförmige Ausbreitung der Affektion mit recht lebhaften Schmerzen verbunden. Bemerkenswert ist auch die symmetrische Verteilung der Läsionen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Nodal Fever (Erythema nodosum, Erythema Multiforme) (Febris nodosa [Erythema nodosum, Erythema multiforme]), von A. Lendon-Adelaide, Süd-Australien. (Brit. m. J., 1925, Nr. 3353, S. 651.) Das Erythema nodosum faßt Verf. als ein Symptom einer infektiösen, fieberhaften Allgemeinerkrankung auf, für welche er die Bezeichnung Nodalfieber (Nodal fever, Febris nodosa) vorgeschlagen hat. Seine vor 20 Jahren zuerst veröffentlichte umfassende diesbezügliche Arbeit resümiert er in dieser neuerlichen Mitteilung und begründet seine Auffassung auf Grund von Beobachtungen an 96 Fällen. Es läßt sich ein prodromales Stadium unterscheiden, dessen Dauer im allgemeinen zwischen 7 und 17 Tagen schwankt und das die verschiedensten Diagnosen stellen läßt. So ist nach L.s Erfahrungen ärztlicherseits bei solchen Fällen zunächst die Diagnose gestellt worden auf Gelenkrheumatismus, Ileotyphus, Meningitis tuberculosa und Hepatitis. In einigen Fällen findet man als bedeutsames Frühsymptom Phlyktänen am Auge, und diese Läsionen sind im eruptiven Stadium bei 40% von L.'s Fällen vorhanden gewesen. Als eine bemerkenswerte, wenn auch nur seltene Erscheinung sind auch punktförmige oder streifenförmige Hämorrhagien unter den Nägeln an den Händen und Füßen zu erwähnen. Zum Beweise der Infektiosität des Leidens führt Verf. ver-

Digitized by Google

schiedene auffällige Zusammentreffen an; eine eigentliche Epidemie hat er aber selbst nicht beobachtet. Gegen die Auffassung des Erythema nodosum als rheumatischen Ursprungs führt er unter anderem das Versagen der Salizylpräparate bei solchen Fällen an und gegen die tuberkulöse Ätiologie den Umstand, daß in seiner ganzen Beobachtungsreihe nur zweimal nachweisbar auch Tuberkulose bestand.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Herpes.

Kutane Infektion des Meerschweinchens mit Herpesvirus, von G. Rose, Hyg. Univ.-Anst. Basel. (Kl. W., 1925, Nr. 18, S. 866.) Die Infektion mit Herpesvirus am Meerschweinchen tritt nach kutaner Impfung nicht so regelmäßig auf wie beim Kaninchen. Es gehören hierzu einerseits besonders virulente Stämme; andererseits geht die Infektion am besten auf der Metatarsalhaut an, außerdem auch auf der Haut nach vorheriger Entfernung der Haare durch vorsichtiges Scheren. Die intrakutane oder subkutane Infektion haftet besser als die durch einfache Skarifikation. Der Erfolg ist teilweise negativ, teilweise uncharakteristisch, und in einem T.. der Fälle finden sich eitrige Blasen mit dem nachweisbaren Virus im Inhalt. Ferner konnte der Verf. zeigen, daß das Virus auch auf das Zentralnervensystem übergreift und Erscheinungen hervorruft, jedoch nur im Bereich des Nerven, der zu der beimpften Partie gehört. Es lassen sich dann z. B. bei Infizierung der Metatarsen der Hinterpfoten Lähmungserscheinungen an diesen in Form einer schlaffen Lähmung nachweisen. An die Extremitätenlähmung schließt sich eine Myelitis an mit Übergreifen der Lähmungserscheinungen auf Blase, Darm und Beckenmuskulatur. Die Symptome der Lähmung sind nicht immer voll ausgeprägt; in manchen Fällen schwinden sie rasch, in anderen bleiben sie länger bestehen. Eine Infektion lebenswichtiger Zentren durch aufsteigende Infektion schließt sich an die lokale Myelitis niemals an. Die Verbreitung des Virus von der lokalen Infektionsstelle am Metatarsus zum Zentralnervensystem erfolgt auf dem Wege der Nervenbahnen und nicht etwa auf dem Blut- und Lymphwege. Zur Unterscheidung der Herpesinfektion am Metatarsus des Meerschweinchens von einer Maul- und Klauenseucheninfektion an der gleichen Stelle kann man in zweifelhaften Fällen den kornealen Impfversuch am Kaninchen differentialdiagnostisch heranziehen. Ebenso einen zweiten Impfversuch an demselben Metatarsus, da nach einmaliger Maul- und Klauenseucheninfektion eine zweite an derselben Stelle nicht haftet, dagegen angeht, wenn die erste Infektion eine herpetische war.

E. Langer-Berlin.

Herpes bei Meningokokkenmeningitis, von P. György, Kinderkl. Heidelberg. (Kl. W., 1925, Nr. 19, S. 916.) Verf. beschreibt einen Fall bei einem Kinde, bei dem es im Verlaufe einer schweren Genickstarre zu einer ausgedehnten Herpeseruption kam. Parallel mit der rapiden Ausbreitung des Herpes trat im Meningitiskrankheitsbild eine Besserung ein, die nach Abklingen des Herpes aber ebenfalls schwand. Da in den Bläschen keine Meningokokken gefunden werden konnten, lehnt Verf. die Anschauung, daß es sich hier um eine Meningitismetastase handeln könne, ab. Es wird ebenso auch jeder andere direkte Zusammenhang zwischen der Meningokokkenmeningitis und dem Herpes abgelehnt. Da andererseits durch die subdurale Überimpfung des Bläscheninhaltes auf ein Kaninchen eine Herpesenzephalitis erzeugt werden konnte, glaubt Verf. den Beweis erbracht zu haben, daß es sich eventuell um ein Aufflackern einer älteren Herpesinfektion unter dem Einfluß der Meningokokkenmeningitis handeln kann.

E. Langer-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Prof. Leo v. Zumbusch in München erhielt den Titel Geh. Med.-Rat. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 48 (Bd. 81) 28. November 1925

Aus der Abteilung für Hautkrankheiten der Budapester Graf-Albert-Apponyi-Poliklinik (Vorstand: Prof. Dr. L. Török).

Weitere Beiträge zur Überempfindlichkeit der Haut.

Von

E. Lehner und E. Rajka.

In zwei früheren Mitteilungen gelangten wir zu dem Resultate, daß es in klinischer Hinsicht zwischen Eiweißidiosynkrasie (Anaphylaxie) und der „echten" Idiosynkrasie, welche durch chemisch definierte Substanzen hervorgerufen wird, keine prinzipiellen Unterschiede gibt, denn die Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut äußern sich bei beiden in Hautentzündungen, und zwar entweder in der Form von Erythem-Urtikaria oder in ekzematiformer Dermatitis, gleichgültig, ob sie auf exogenem oder endogenem (hämatogenem) Wege zustande kommen, wobei die ekzematiforme Reaktion doch zumeist nach äußeren, unmittelbaren Einwirkungen auf die Hautoberfläche beobachtet wird. Der Angriffspunkt der pathogenen Substanz ist bei hämatogenen Hautentzündungen gewöhnlich bloß die Gefäßwand, d. h. die Endothelzellen (vaskuläre Überempfindlichkeit), bei den exogenen Hautentzündungen, außerdem auch die Epidermis (vaskulo-epitheliale Überempfindlichkeit). Die Identität der klinischen Erscheinungen und die Gleichförmigkeit der experimentellen Reaktionen bei allen Arten der Überempfindlichkeit deuten auf einen gleichen biologischen Prozeß, auf die Anaphylaxie, hin.

Einige weitere Beobachtungen und seither erschienene Mitteilungen haben uns veranlaßt, auf diese Frage zurückzukehren. Unsere diesbezüglichen Beobachtungen sind die folgenden:

I. Fälle von vaskulo-epithelialer Überempfindlichkeit.

Fall 1. Chrysarobin-Überempfindlichkeit. 32jähr. Mann benutzte am 3. II. 1925 gegen Erythrasma der Genito-femoral-Falte eine 5%ige Chrysarobinsalbe. Nach der ersten Einreibung verspürte er starkes Jucken an den eingeriebenen Stellen, das sich am zweiten Tage, nach der zweiten Einreibung derselben Hautstelle, noch verstärkte. Am nächsten Tage entwickelte sich an diesen Stellen eine ekzematiforme Entzündung; gleichzeitig entstand fast am ganzen Körper und an den Extremitäten ein skarlatiniformes Erythem. Bemerkenswert ist, daß eine handtellergroße vitiliginöse Stelle am Rücken, welche in das Gebiet des Erythems fiel, von der Entzündung verschont blieb.

Kutanprüfungen: Einreiben und Auflegen einer erbsengroßen Menge der 5%igen Chrysarobinsalbe auf die unversehrte Haut ergab nach 24 Stunden eine mäßige Hyperämie. Das Auflegen der Substanz auf skarifizierte Haut entfachte stärkere Hyperämie und Ödem. Sämtliche Reaktionen waren nach weiteren 24 Stunden stärker entwickelt. Einreiben und Auflegen einer 2%igen wässerigen Chrysarobinlösung auf unversehrte Haut ergab nach 24 Stunden ein negatives Resultat; erst nach weiteren 24 Stunden entstand an diesen Stellen eine mäßige Hyperämie. Das Auflegen derselben Lösung auf skarifizierte Haut verursachte schon nach 24 Stunden eine stärkere Hyperämie

Digitized by Google

und Ödem, welche am nächsten Tage noch deutlicher wurden. An der von Erythem verschont gebliebenen vitiliginösen Hautstelle verliefen die Kutanprüfungen wie an den nichtentzündlichen Hautstellen. Eine Herdreaktion äußerte sich bloß in starkem Jucken am ganzen Körper.

Fall 2. Quecksilber-Überempfindlichkeit. 21jähr. Mann, der am 28. IV. 1925 gegen Phthirii die Skrotum- und Mons-pubis-Gegend mit grauer Salbe einrieb. Am nächsten Tage entwickelte sich an den eingeriebenen Stellen eine erythematöse Entzündung, welche stark juckte. Am 3. V. rieb er dieselben Stellen abermals ein, außerdem auch den oberen Teil der Oberschenkel, worauf am Abend Schüttelfrost (Fieber 38° C) und starkes Jucken auftrat; das Jucken verspürte er an den eingeriebenen Stellen am stärksten, mäßiger an den übrigen Körperstellen. Am nächsten Tage entwickelte sich an den eingeriebenen Stellen eine ekzematiforme Entzündung und gleichzeitig am ganzen Körper, insbesondere an den Extremitäten, ein Nesselausschlag. Die Augenlider waren stark angeschwollen, ebenso die Hände (Quincke-Ödem). Am Gesicht ist eine diffuse Hyperämie sichtbar.

Kutanprüfungen: Einreiben und Auflegen einer 2%igen Sublimatlösung und eines erbsengroßen Stückes von grauer Salbe ergab eine positive Reaktion (Hyperämie und Ödem). Das Auflegen dieser Substanzen auf skarifizierte Haut ergab stärkere Reaktionen: außer Hyperämie und Ödem kleine Bläschen. Herdreaktion: Starkes Jucken am ganzen Körper.

Fall 3. Überempfindlichkeit gegenüber einem Haarfarbstoff. 36jähr. Frau benutzte seit 4 Monaten einen Haarfarbstoff, welcher eine in unseren früheren Fällen bekanntgegebene Zusammensetzung (Metol und Rodinal) enthielt. Sie färbte sich während dieser Zeit öfters die Haare, ohne entzündliche Reaktionen zu bekommen. Nach der letzten Behandlung am 3. V. 1925 entwickelte sich unter starkem Jucken eine ekzematiforme Entzündung, vorwiegend im Gesicht, am Halse und auf der Stirn, teilweise auch auf der Brust.

Kutanprüfungen: Das Einreiben der Lösung ergab ein negatives Resultat; das Auflegen auf die unversehrte Haut auf die Dauer von 24 Stunden verursachte dagegen eine geringfügige Hyperämie und Ödem. Das Auflegen auf skarifizierte Haut verursachte starke Hyperämie und Ödem. Herdreaktion: 12 Stunden nach Anlegen der Kutanprüfungen entstand Quincke-Ödem an den Augenlidern; die übrigen Effloreszenzen juckten stark.

Fall 4. Überempfindlichkeit gegenüber einem Haarfarbstoff. 40jähr. Frau benutzte seit 3 Jahren wöchentlich einmal ohne Anstand denselben Haarfarbstoff wie Fall 3. Nach der letzten Einreibung am 15. IV. 1925 entstand unter starkem Jucken im Gesicht, am Halse und an der Brust eine ekzematiforme Entzündung.

Kutanprüfungen: Einreiben und Auflegen der Lösung auf unversehrte und skarifizierte Haut ergab eine positive Reaktion; an unversehrter Haut entstand nur Hyperämie und Ödem, an skarifizierter Haut außerdem noch Bläschen. Herdreaktion: Die spontan erkrankten Herde flammten deutlich auf und juckten stärker.

Fall 5. Überempfindlichkeit gegenüber einem Haarfarbstoff. 43jähr. Mann benutzt seit 2 Jahren denselben Haarfarbstoff wie Fälle 3 und 4. Schon von Beginn an verspürte er nach jeder Einreibung Jucken an den behandelten Stellen, welches sich mit jeder Wiederholung der Färbung verstärkte. Als er diesen Farbstoff am 25. V. 1925 zum letztenmal benutzte, verspürte er an den eingeriebenen Stellen ein unerträgliches Jucken, und nach zwei Tagen entstand im Gesicht, an den Ohrmuscheln und auf der Stirn eine ekzematiforme Entzündung.

Kutanprüfungen: Das Einreiben der Substanz ergab ein negatives Resultat. An der Stelle, an welcher die Substanz 24 Stunden auf unversehrter Haut auflag, bildete sich eine mäßige Hyperämie, an der skarifizierten Haut Hyperämie und Ödem. Eine Herdreaktion konnte nicht beobachtet werden.

Fall 6. Überempfindlichkeit gegen Cignolin. 35jähr. Frau, die an Psoriasis litt, bekam nach der letzten Einreibung einer $^1/_4$%igen Cignolin-Benzollösung am 15. II. 1925 an den eingeriebenen Stellen (auf den Armen) eine starke ekzematiforme Entzündung.

Kutanprüfungen: Einreiben und Auflegen des Medikamentes auf unversehrte Haut ergab ein positives Resultat (Hyperämie und Ödem). Herdreaktionen entstanden keine. Die Kutanprüfungen mit Benzol verliefen negativ.

Fall 7. Überempfindlichkeit gegen Cignolin. 39jähr. Frau, Psoriasis vulgaris an den Extremitäten. Seit 3 Monaten benutzte sie eine $^1/_4$%ige Cignolin-Benzollösung und vertrug diese anstandslos. Nach der letzten Einreibung am 6. III. 1925 entwickelte sich an den eingeriebenen Stellen, besonders an den Armen, eine diffuse Hyperämie, welche

Digitized by Google

zerstreute vereinzelte Bläschen aufwies. Am Halse und am Nacken, welche Stellen nicht behandelt wurden, waren mehrere kreisrunde, hyperämische urtikariaartige Herde sichtbar.

Kutanprüfungen: Einreiben und Auflegen der Lösung auf unversehrte Haut ergab eine positive Reaktion, indem an der eingeriebenen Stelle Hyperämie und an der Stelle, an welcher die Substanz 24 Stunden lang wirkte, stärkere Hyperämie und Ödem entstand. An der skarifizierten Haut entwickelte sich eine stark entzündliche Reaktion mit Bläschenbildung. Intrakutane Injektion ergab eine von einer hyperämischen und ödematösen Zone umgebene zentrale Blasenbildung. Herdreaktion war nicht zu beobachten.

II. Vaskuläre Überempfindlichkeit.

Fall 8. Überempfindlichkeit gegen Copaiva-Balsam. 22jähr. Patient nahm vom 5. V. 1925 angefangen gegen Gonorrhoe dreimal täglich je 1 Eßlöffel Bals. Copaivae. Am 4. Tage entstand unter Jucken am ganzen Körper ein Erythem und an einzelnen Stellen mit Serum gefüllte Blasen. Enanthem an der Mundschleimhaut.

Kutanprüfungen: Einreiben und Auflegen der Substanz auf unversehrte Haut rief keine entzündliche Reaktion hervor, an skarifizierten Hautstellen entstand hingegen eine ausgesprochene Entzündung (Hyperämie und Ödem). An der Stelle einer intrakutanen Injektion (0,05 ccm) bildete sich eine im Durchmesser 4 cm große Blase, von einer 8 cm breiten, stark ödematösen Hyperämie umgeben. Herd- und Allgemeinreaktion: Am Abend der Kutanprüfung allgemeines Unwohlsein, 38,5° C Temperatur. Es entstanden zahlreiche neue Bläschen, und das Erythem wurde auch stärker.

Fall 9. Überempfindlichkeit gegen Wurst. 28jähr. Patientin verzehrte am 8. II. 1925 mittags eine aus Schweinefleisch zubereitete Wurst; danach entstand am Abend Schüttelfrost, Kopfschmerzen und starkes Jucken am ganzen Körper. Am nächsten Tag verstärkte sich das Unwohlsein, und es entwickelte sich unter Erbrechen und Diarrhoe ein universeller Nesselausschlag; auf der Stirn Quincke-Ödem.

Kutanprüfungen: Einreiben und Auflegen eines aus derselben Wurst erzeugten Extraktes auf die unversehrte Haut ergab negatives Resultat. Die skarifizierte Hautstelle und die intrakutane Injektionsprobe war hingegen stark positiv, d. h. es bildete sich eine stark hyperämische, ödematöse Entzündung. Herd- und Allgemeinreaktion: Am Abend der Kutanprüfung starkes Unwohlsein, Schüttelfrost (Temperatur 39° C). Es entstanden zahlreiche neue Herde. Gesicht und Hände waren stark angeschwollen (Quincke-Ödem).

In seiner neuesten Arbeit über die Idiosynkrasien hat Doerr wieder darauf hingewiesen, daß außer den Idiosynkrasien gegen Eiweißantigene Formen existieren, „die gegen Substanzen gerichtet sind, von denen man keine Antigenfunktion im Sinne der Immunitätslehre kennt und die auch nicht zu den Proteinen gehören; in allen anderen Beziehungen gleichen diese Formen völlig den Eiweißidiosynkrasien . . .“ Mit dieser Auffassung stimmten unsere früheren Feststellungen vollkommen überein; denn das klinische Bild der Überempfindlichkeitsreaktionen an der Haut und die Lokal-, Herd- und Allgemeinreaktionen nach Kutanprüfungen zeigen keine Unterschiede, ob nun die auslösenden Substanzen Proteine oder chemisch definierte Substanzen waren.

Wenn wir unsere Arzneiidiosynkrasie-Fälle in der Hinsicht untersuchen, inwieweit sie den von Doerr aufgestellten Forderungen, um irgend einen Stoff als Antigen anzuerkennen, entsprechen, so finden wir eine weitgehende Übereinstimmung mit denselben. Die von Doerr aufgestellten Forderungen sind die folgenden:

1. Dieser Stoff muß im Organismus die Bildung von Reaktionskörpern hervorrufen.

2. Jedes Antigen wird durch seinen Antikörper gebunden und dadurch neutralisiert, d. h. seiner Reaktionsfähigkeit beraubt.

Digitized by Google

3. Jedes Antigen ist auf seinen Antikörper spezifisch eingestellt und umgekehrt.

Ergänzend kann man noch hinzufügen, daß die Antigenfunktion nur bei blutfremden Stoffen in Erscheinung tritt. (Vgl. hierzu Schürchs Versuche.)

Ad 1. Unter unseren Fällen befinden sich solche (Fall 3, 4, 5 und 7), bei welchen die Überempfindlichkeit durch Sensibilisierung, d. h. durch längeren Kontakt — 3 Monate bis 3 Jahre — mit der betreffenden Substanz hervorgerufen wurde, also erworben ist, demnach durch vorausgehende Sensibilisierung entstand. Derartige Fälle haben wir in unseren früheren Arbeiten gleichfalls mitgeteilt.

Diese Beobachtungen haben auch insofern eine Bedeutung, als sie beweisen, daß die Annahme, als wären die „echten" Idiosynkrasien nur angeboren, die Eiweißidiosynkrasien bzw. die Anaphylaxie nur erworben, unzulässig ist, denn die Arzneiidiosynkrasie kann ebenfalls erworben sein.

Demgegenüber sind Eiweißidiosynkrasien bzw. Anaphylaxien bekannt, bei welchen die Überempfindlichkeit gegen Eiweiß angeboren war. Wir haben in unserer ersten Arbeit derartige Fälle mitgeteilt (Stammbäume). Die tierexperimentellen Untersuchungen bestätigen ebenfalls diese Annahme. So z. B. hat Otto Experimente mitgeteilt, bei welchen die durch Serum geweckte Anaphylaxie bei Meerschweinchen durch das Männchen auf die Nachkommenschaft übertragen wurde. Dies beweist, daß eine erworbene Eigenschaft, die Überempfindlichkeit der Eltern, auf die Nachfolger überpflanzt werden kann. Diese Annahme können wir durch folgende Beobachtung stützen:

Ein Meerschweinchenpaar wurde zu Übertragungsversuchen von Überempfindlichkeiten im April 1923 mit Menschenserum einmal behandelt (2 ccm intraperitoneal). Im Januar 1924 warf das behandelte Meerschweinchen Junge (3 Stück), welche im Alter von 8 Wochen zu ähnlichen Versuchen verwendet wurden. Bei der ersten Injektion von Menschenserum entstanden bei diesen schwere anaphylaktische Symptome, und zwar das erste, mit $^1/_8$ ccm intravenös behandelte, und das zweite, mit $^1/_8$ ccm intrakardial behandelte Meerschweinchen erlagen binnen 5 Minuten unter typischen anaphylaktischen Symptomen (tonische Krämpfe in den Extremitäten, Zittern, Dyspnoe, unfreiwillige Kot- und Urinentleerung usw.), das dritte erhielt 2 ccm intraperitoneal; dasselbe erlag im protrahierten Schock binnen 2 Stunden.

Nach einem halben Jahr, im Juni 1924, bekam dasselbe Meerschweinchenpaar wieder Junge (2 Stück), welche im Alter von 8 Wochen 2 ccm Menschenserum intraperitoneal erhielten. Diese erlagen unter typischen anaphylaktischen Symptomen binnen 1 Stunde dem Schock. Die Sektion und die histologische Untersuchung bestätigte den Schock.

(Schluß folgt.)

Aolan bei Ekzem nach Pruritus, besonders nach Pruritus vulvae.

Von

Dr. Julie Bender in Frankfurt a. M.

Bei drei Pat. machten sich die Erscheinungen im Klimakterium geltend.

Fall 1. M. B., 43 Jahre, kam am 20. XII. 1924 zu mir. Seit einem Jahre Jucken im Vestibulum vaginae. Kamillosansalbe, Ovaradentabletten taten gute Wirkung; besonders ließ der Juckreiz bei intrakutanen Sanokalzininjektionen nach. Am 7. Februar 1925 machte sich der Juckreiz post menses wieder bemerkbar, besonders in der Vagina; daselbst starke ekzematöse Verdickung und mittelstarke Rötung. Pat. erhielt fünfmal je

Digitized by Google

1 ccm Aolan intrakutan. Hierauf gingen die ekzematösen Erscheinungen vollkommen zurück; erhebliche Besserung erfolgte schon nach den ersten Injektionen. Zur Hebung des Gesamtbefindens Ganzbestrahlungen mit Höhensonne.

Fall 2. P. K., 58 Jahre, Menopause seit 15 Jahren; vor 10 Jahren Pruritus am ganzen Körper, nach Brom abgeheilt. Seit November 1924 wieder Pruritus, ohne Erfolg mit Salizylsalben behandelt. Seit Mitte November an Rumpf und Extremitäten allgemein verbreitetes Ekzem. Pat. erhielt fünfmal je 1 ccm Aolan. Per os Ovaradentabletten und, da der Juckreiz ungeheuer war, Linimentum Zinci mit Anästhesin (20%). Schon am 10. I. das Ekzem fast ganz geheilt. Da der Pruritus noch fortbestand, Ovaraden und Ganzbestrahlungen. Am 13. Februar war Pat. beschwerdefrei.

Fall 3. E. N., 38 Jahre, litt 1922 an Gallenblasenleiden, nebst Juckreiz in der Vagina. Es bestand starke Rötung und Schwellung der Vagina, Ekzem im Vestibulum und den großen Labien. Pat. erhielt Ovaraden und Lenizetsalbe, ferner fünfmal 1 ccm Aolan intrakutan. Ekzem und Jucken bildeten sich von der ersten Einspritzung an in steigendem Maße zurück.

Fall 4. E. B., 21 Jahre, 20. III. 1925 eine Erstgeburt; Kind gesund, von der Pat. gestillt. Pat. mußte überdies ihre kranke Mutter pflegen und einen großen Haushalt führen. Hierbei stellte sich ein unerträgliches Jucken an den Genitalien ein und in der Vagina starke Rötung und Entzündung. Pat. erhielt Ovaraden, Globuli vaginales Homefa c. Acid. boric. sowie Lenizetsalbe, daneben Aolan. Nach 3 Tagen war das Ekzem fast verschwunden. Nach weiteren 3 Injektionen war Pat. fast frei von Schmerzen und Jucken.

Fall 5. P. R., 31 Jahre, mit 27 Jahren eine Geburt, Kind gesund; seit 3 Jahren Pat. reizbar und nervös. Seit $^3/_4$ Jahren bei den Menses Juckreiz an den Genitalien. An den großen Labien Schwellung und starkes Ekzem. Pat. erhielt Ovaraden, lokal Lenizetsalbe, daneben 1 ccm Aolan intrakutan. Nach 4 Tagen war das Ekzem schon sehr gebessert. Nach zwei weiteren Injektionen heilten die Labien ab. Es trat dagegen leichtes Ekzem in der Umgebung der Klitoris auf. Pat. erhielt wieder 1 ccm Aolan, daneben Granugenpuder. Eine Woche später nur noch leichte Rötung und Juckreiz im Vestibulum.

Fall 6. K. S., 21 Jahre. Einige Tage vor und nach der Periode starkes Jucken, danach ein starkes Ekzem im Vestibulum und Exkoriationen an der Innenseite der Oberschenkel. Pat. erhielt Ovaraden, lokal Lenizetsalbe, ferner 1 ccm Aolan. Am vierten Tage das Ekzem erheblich gebessert; wieder 1 ccm Aolan, worauf Heilung. Bei einem späteren Rückfall auf Aolanbehandlung Abheilung.

Fall 7. M. Sch., 33 Jahre, verheiratet, nullipara. Am Rücken ein handflächengroßer Epidermisverlust, umgeben von Krusten und grobgefelderter Haut. Pat. erhielt 1 ccm Aolan, äußerlich Lotio Zinci. Nach 3 Tagen Ekzem am Rücken verringert, dagegen starker Juckreiz und leichtes Ekzem an Brust und Abdomen. Ich gab für die weniger beschädigten Hautpartien Kamillosansalbe, im übrigen Lotio Zinci mit 20%igem Anästhesin und Aolaninjektionen, worauf das Ekzem sich besserte. Dagegen bestand Pruritus an den ekzemfreien Extremitäten, nebst Schlaflosigkeit. Nach Hovaletten (Zyma) hörten die mechanischen Reizungen durch Kratzen auf. Der an unbeschädigter Haut immer noch bestehende Juckreiz verschwand auf Ovaraden vollkommen.

Diese 7 Fälle scheinen zu beweisen, daß Aolan bei sekundären Ekzemen, die im Gefolge von primärem Pruritus auftreten, gute Dienste leistet.

Aus der Deutschen Derm. Klinik in Prag (Vorstand: Prof. C. Kreibich).

Zu den Bemerkungen Richters zu unserer Arbeit: „Eigenartige Dermatose bei Polyzythämie".

Von

Dr. E. Pick und Dr. P. Kaznelson.

In Derm. W., Bd. 81, Nr. 29 teilt Richter einen Fall von Acne rosacea bei Polyzythämie mit und sucht an der Hand dieses Falles den Nachweis zu führen, daß das von uns beschriebene Krankheitsbild „Acne urticata polycythaemica" ebenfalls in das Gebiet der Acne rosacea einzureihen sei.

Digitized by Google

Vor allem scheint es vollkommen unverständlich, wie Richter seinen Fall als „Parallelfall" zu unserem darstellen kann; wir sehen keine Parallelen, sondern nur Divergenzen: denn erstens handelte es sich in seinem Falle um eine typische, auf das Gesicht beschränkte Acne rosacea, in unserem Falle hingegen um eine schwere, disseminierte Dermatose, deren Effloreszenzen keine Körperstelle verschonten, und zweitens blieb im Falle Richters die Acne rosacea trotz Herabsetzung der Polyzythämie unbeeinflußt, während in unserem Falle die jahrelang bestehende Dermatose mit dem Eintritt niedrigerer Erythrozytenwerte vollkommen zur Abheilung gelangte.

Auf Grund dieser Tatsachen ist es wohl klar, daß es sich im Falle Richters um eine echte Acne rosacea und ein zufälliges Zusammentreffen oder einen nur indirekten Zusammenhang derselben mit Polyzythämie gehandelt hat, während in unserem Falle mit Rücksicht auf den therapeutischen Effekt eine ursächliche Abhängigkeit der Hautaffektion von der Bluterkrankung angenommen werden muß.

Schon mit Rücksicht auf diesen Umstand sehen wir uns veranlaßt, Richters Versuch einer Einreihung unseres Falles in das Krankheitsbild der Acne rosacea zurückzuweisen, ganz besonders aber auch aus klinisch-morphologischen Gründen, denn bei einer Dermatose, die in Form rosaroter, juckender urtikarieller Papeln am ganzen Körper auftritt, ist es nicht gerechtfertigt, von Acne rosacea zu sprechen und das klinisch gut abgegrenzte Gebiet dieser Affektion um einen vereinzelten, universellen Fall, in welchem ein unmittelbarer kausaler Zusammenhang der Hautaffektion mit Polycythaemia rubra erwiesen ist, zu erweitern. Wir selbst haben ja unseren Fall, solange die Ätiologie desselben nicht geklärt war, als „Acne rosacea universalis" geführt, wobei wir uns des völlig Unbefriedigenden und Provisorischen dieser Klassifizierung wohl bewußt waren; Richters Fall bildet nur eine willkommene Stütze unserer Auffassung, denn er zeigt erstens, daß eine Acne rosacea auch bei Hinzutreten einer Polyzythämie nicht universell wird (eine Möglichkeit, die wir bei der Diskussion unseres Falles erwogen hatten), und zweitens, daß die Acne rosacea in einem solchen Falle auch bei erfolgreicher Behandlung der Polyzythämie unbeeinflußt bleibt; somit kann geschlossen werden, daß Acne rosacea bei Polyzythämie und „Acne urticata polycythaemica" infolge Polyzythämie zwei wesensverschiedene Prozesse sind.

Zusammenfassend müssen wir uns also auf den Standpunkt stellen, daß es sich bei der von uns beschriebenen Dermatose aus den oben angeführten Gründen um ein neues, bisher unbekanntes dermatologisches Krankheitsbild gehandelt hat, während wir mit Richter völlig darin übereinstimmen, daß sein Fall in das Gebiet der Acne rosacea einzureihen ist.

Schlußwort.

Von

Dr. Richter.

Ohne das Verdienst der Verff. schmälern zu wollen, muß ich auf meinem Standpunkt aus folgenden Gründen beharren. Zunächst wissen wir, auf wie große Schwierigkeiten wir bei den zahlreichen Variationen und Übergängen der Dermatosen stoßen, bevor es uns gelingt, das Krankheitsbild in eine bestimmte Krankheitsgruppe zu rubrizieren. Acne rosacea größerer Körperteile ist bekannt. Ebenso die von den Verff. angegebenen verschiedenen Entwicklungsstadien. Das Jucken ist auf die fast jeder Acne rosacea parallel gehende Seborrhoe zurückzuführen. Auch der angegebene spezifische Heilerfolg auf die Besserung der Polyzythämie hin ist kein Beweis für eine neue Dermatose, sondern zeigt vielmehr diese letztere Erkrankung als ätiologisches Moment, zu der Gruppe der Dispositionserkrankungen gehörend, wie ich in meiner Arbeit besonders betonte.

Im Anschluß hieran möchte ich eine interessante Krankengeschichte eines Pat. anfügen, in der wir bei einer Polyzythämie eine Acne rosacea des Gesichtes, übergreifend auf Brust und Rücken, und eine Acrodermatitis chronica atrophicans der Hände, Füße, der Streckseiten des Knie- und Ellbogengelenks fanden.

G. P., 37 Jahre. Eltern und Geschwister sind immer gesund gewesen. Keine hereditäre Belastung. Als Kind hatte Pat. Masern. Mit 16 Jahren Gelenkrheumatismus, der nach einigen Wochen bei Salizylbehandlung heilte. 1919 bemerkte Pat. deutlicher die bleibende Röte im Gesicht; es stellte sich Blutandrang nach dem Kopfe ein.

Digitized by Google

Bei kühlem Wetter bekam Pat. auffallend blaue Finger, Hände und Arme. Weiterhin bemerkte er die Krampfadern am rechten Unterschenkel, und später bekam er offene Füße.

Jetzt klagt Pat. über Kopfschmerzen, auffallend schlimmer gewordene Mutlosigkeit, ja sogar Schwermut. Bei Anstrengungen, auch schon leichten Grades, hat er lästigen Blutandrang nach dem Kopfe. Dies tritt auch ein schon bei geringem Temperaturwechsel.

Befund: Mittelgroßer Mann in leidlich gutem Ernährungszustand. Diffuse Rötung im Gesicht mit zahlreichen Gefäßerweiterungen und vereinzelten bis erbsengroßen entzündlichen Knötchen mit zum Teil Pustelbildung in der Mitte. Auf Rücken und Brust, vor allem über dem Sternum und in der Interskapulargegend vereinzelte ähnliche Herde. An Finger- und Handrücken, bis zum unteren Drittel der Unterarmstreckseiten reichend, Haut bläulich-rötlich verfärbt, mit zigarettenpapierdünner Oberfläche; Gefäße teils durchscheinend. Denselben Befund über den Streckseiten der Ellbogen, über Zehen, Fußrücken und Kniegelenkstreckseiten. An beiden Unterschenkeln Varizen, vereinzelte Geschwüre mit unregelmäßigem Rand und schmierig belegtem Grund und entzündlicher Umgebung. Unterleibsorgane o. B. Blutbild: Erythrozyten 7, 8, Leukozyten 8000, Eosinophile 5, Mastzellen 1, Mononukleäre 3, Lymphozyten 11, Neutrophile 80 (davon segmentkörnige 48). Senkungsgeschwindigkeit beschleunigt.

Diagnose: Polyzythämie, Acne rosacea, Acrodermatitis chronica atrophicans.

Zur Statistik der syphilitischen Osteoperiostosis.

Von

Prof. Dr. Arth. Jordan in Moskau.

Obgleich unser Interesse für die klinischen Erscheinungen der Syphilis zur Zeit bedeutend abgenommen hat, wo uns andere Fragen mehr fesseln, verlohnt es sich dennoch gelegentlich wieder auch diesen nachzugehen. Überall, wo dank der Intelligenz der Kranken die Syphilis energisch behandelt werden kann, verläuft sie anders, als dort, wo diese Erkenntnis, trotz verschiedener Bemühungen, immer noch nicht genügend durchgedrungen ist. Kein Wunder, daß wir in Rußland andere klinische Erscheinungen sehen, als die Kollegen im Westen, obgleich auch hier starke Veränderungen wahrzunehmen sind und die Fälle von Syphilis maligna, welche einem vor etwa 25 Jahren immer wieder begegneten, so gut wie nicht mehr vorkommen. Die syphilitischen Haut- und Schleimhautaffektionen, wie auch diejenigen der Knochen sind, nach wie vor, bei uns oft und mannigfaltig. Es entspricht demnach der Zustand noch demjenigen, wie er von Neumann und Mauriac gekennzeichnet wurde, indem ersterer von den syphilitischen Knochenerkrankungen sagte, daß sie in bezug auf die Häufigkeit ihres Vorkommens denjenigen der allgemeinen Decke und den ihr adnexen Schleimhäuten zunächst stehen, und letzterer dieselben, unter allen tertiären Erscheinungen, in 27,7 % sah. Im Laufe des letzten Jahrzehnts, d. h. vom 1. Mai 1914 bis zum 1. Mai 1925, habe ich in der stationären Abteilung der mir unterstellten 2. Moskauer Hautklinik 64 und in meiner Privatpraxis 61 Fälle von Osteoperiostitis beobachtet, wobei unter diesen, insgesamt 125 Fällen, 61 männliche und 64 weibliche Personen waren. In der Klinik überwogen die Frauen, in der Privatpraxis die Männer. Es handelte sich um Syphilis

	congenita	acquisita	ignorata	Im ganzen
in der Klinik	20	17	27	64 mal
in der Privatpraxis	9	29	23	61 mal
Insgesamt	29	46	50	125 mal

Digitized by Google

Trotz eines gewissen Überwiegens der Fälle von Erb- und unbewußter Syphilis in der Klinik über diejenigen der erworbenen Syphilis bei einem Vergleich mit den Fällen der Privatpraxis überrascht doch einerseits die große Übereinstimmung der Zahlen beider Gruppen und andererseits, daß auch unter der größtenteils der Intelligenz angehörigen Privatpraxis so viele Fälle von Knochensyphilis zur Beobachtung kamen.

Dem Alter nach standen unter den Fällen von:

Zwischen	Syphilis congenita in der		Syphilis acquisita in der		Syphilis ignorata in der		Total
	Klinik	Privatpraxis	Klinik	Privatpraxis	Klinik	Privatpraxis	
1—10 Jahren	2	—	—	1	—	1	4
11—15 „	6	2	1	—	2	1	12
16—20 „	6	4	1	1	4	1	17
21—25 „	5	—	3	2	5	8	23
26—30 „	—	3	3	8	5	4	23
31—35 „	—	—	3	7	1	4	15
36—40 „	—	—	3	3	4	—	10
41—45 „	1	—	—	2	4	3	10
46—50 „	—	—	3	2	—	—	5
51—55 „	—	—	—	2	1	—	3
56—60 „	—	—	—	1	—	1	2
über 60 „	—	—	—	—	1	—	1
Insgesamt	20	9	17	29	27	23	125

Bei Betrachtung dieser Ziffern fällt zunächst das Vorwiegen der unbewußten Syphilis und das Zurücktreten der kongenitalen Syphilis, bei welcher sonst die Knochensyphilis als besonders oft geschildert wird, auf. Es erklärt sich dieses, wie auch aus der Statistik von Prof. Meschtschersky über die Fälle von tertiärer Syphilis an der I. Moskauer Universität hervorgeht, durch das häufige Vorkommen der Syphilis ignorata bei uns überhaupt, nämlich nach des letzteren Statistik in 32,5 % aller Fälle tertiärer Syphilis, andererseits aber wohl auch durch die große Sterblichkeit der Fälle von kongenitaler Syphilis besonders bei uns auf dem Lande. Hinsichtlich des Alters der Kranken zeigt unsere Tabelle, daß die Hauptmenge der kongenitalen Knochensyphilis auf die ersten zwei Jahrzehnte und diejenige der akquirierten und unbewußten Syphilis auf das dritte und vierte Jahrzehnt fällt, was ganz natürlich ist. Es wurde beobachtet

	die Erkrankung eines Knochens	mehrerer Knochen	Total
bei der kongenitalen Syphilis	16	13	29 mal
bei der akquirierten Syphilis	42	8	50 mal
bei der unbewußten Syphilis	36	10	46 mal
Insgesamt	94	31	125 mal

Hieraus ersieht man, daß in der überwiegenden Mehrzahl, nämlich in $^3/_4$ aller Fälle, nur ein Knochen, und in $^1/_4$ der Fälle mehrere Knochen betroffen waren. In einem Drittel aller Fälle boten die Kranken noch andere Zeichen von Syphilis, nämlich:

Digitized by Google

	Syphilis congenita	Syphilis acquisita	Syphilis ignorata	Im ganzen
Gummöse Hauterscheinungen	3	5	6	14
Gummöse Schleimhauterscheinungen	2	4	5	11
Arthritis s.	2	3	2	7
Ischias s.	—	—	1	1
Tabes dorsalis	—	2	1	3
Sekundäre Erscheinungen	—	2	1	3
Insgesamt	7	16	16	39

Von diesen Komplikationen beanspruchen etwas größeres Interesse einerseits diejenigen mit Tabes dorsalis, andererseits die mit sekundären Erscheinungen. Bei den ersteren ging die Tabes in allen drei Fällen, was wichtig, der Knochenerkrankung voraus. Die Osteoperiostosis bei sekundären Erscheinungen betraf folgende Personen:

1. Ein 11jähriges Mädchen, welches sich im Dezember 1923 per os syphilitisch infiziert hatte und im März 1924 wegen Papeln an den äußeren Geschlechtsteilen und im Munde, wie Periostosis der einen Tibia Aufnahme in der Klinik fand.

2. Einen 32jährigen Postillion, welcher Lues leugnete und sich an mich wegen syphilitischer Papeln des Skrotums und Osteoperiostosis beider Tibiae wandte.

3. Einen 26jährigen Mann, welcher mich am 14. Januar 1921 wegen frischer Syphilis (Induratio praeputii penis, Roseola, Lymphadenitis universalis) aufsuchte. Er erhielt 30 Sublimatspritzen (2%). Am 23. März schloß diese 1. Kur; am 22. April kam er wieder wegen Angina papulosa und Orchitis sin. gummosa, wozu sich am 4. Mai Papeln am After und am 18. Mai eine Periostitis humeri s., trotz begonnener zweiter Kur hinzugesellten. Im ersten und dritten dieser Fälle handelt es sich demnach um frühzeitige tertiäre Erscheinungen; im zweiten Fall ließ die fehlende Anamnese keine definitive Entscheidung zu, ob die Papeln als verspätete oder die Periostosis als frühzeitig aufgetreten zu deuten seien.

Über die Erkrankung der einzelnen Knochen im speziellen gibt folgende Tabelle Aufschluß: es erkrankten bei der

	Syphilis congenita	Syphilis acquisita	Syphilis ignorata	Im ganzen
beide Tibiae	10	4	5	19
die linke Tibia allein	9	13	19	41
die rechte Tibia allein	8	10	16	34
der Stirnbeinknochen	2	6	4	12
die übrigen Schädelknochen	—	8	1	9
die Clavicula	1	4	1	6
der Humerus	2	1	2	5
der Radius	3	2	1	6
das Sternum	—	1	1	2
die Scapula	—	1	—	1
die Rippen	1	2	2	5
das Darmbein	—	—	1	1
der Femur	—	—	1	1
die Patella	—	1	—	1
die Knochen des Fußrückens	—	1	—	1
Insgesamt	36	54	54	144

Von allen Knochen am häufigsten wurden demnach die Tibiae betroffen, nämlich unter 144 Erkrankungen der Knochen 94 mal, nächstdem

Digitized by Google

die Stirn- und Schädelknochen. Weiter folgen in der Häufigkeitsskala die Clavicula, der Radius, der Humerus und die Rippen, während das Sternum, die Scapula, das Darmbein, der Oberschenkelknochen, die Kniescheibe und die Knochen des Fußrückens nur in vereinzelten Fällen erkrankten. Nach Neumann und Hartung stehen gewöhnlich die Schädelknochen an erster Stelle, dagegen nach Maubiac, wie nach unserer Statistik, die Tibiae. Auch nach Meschtscheasky geht die Osteoperiostitis tibiae allen anderen Knochenerkrankungen voraus. An zweiter Stelle nennt er aber die Vorderarmknochen, an dritter das Schlüsselbein, an vierter das Brustbein und erst an fünfter die Schädelknochen. Kurz, nicht nur in den verschiedenen Ländern, sondern sogar in verschiedenen Kliniken einer Stadt sind die Ergebnisse nicht ganz identisch, obgleich die Angaben aller vier genannten Gewährsmänner frühere Jahrzehnte, meine Fälle das letzte Jahrzehnt betreffen und eine gewisse Differenz durch die verschiedenen Zeiten mit ihren verschiedenen Lebensbedingungen ihre Erklärung finden könnten. Mit Maubiac unterscheiden wir drei Arten von Osteoperiostitis, nämlich: 1. die Osteoperiostitis, 2. die Osteoperiostitis gummosa superficialis und 3. die Osteoperiostitis gummosa profunda oder Osteomyelitis. Die erste beginnt unter Schmerz und Schwellung mit Übergang in Exostose, die zweite geht schnell in Erweichung und somit in das typische gummöse Ulkus über, die dritte Form beginnt unter Schmerzen in der Tiefe des Knochens und schreitet von dort zum Periost über. Wir hatten es in der überwiegenden Zahl der Fälle mit dem ersten Typus und nur in 14 Fällen mit dem zweiten Typus zu tun. Von Bedeutung erscheint, daß in allen unseren Fällen die Knochenschmerzen, welche gewöhnlich als sehr heftig geschildert werden, doch nicht so arg gewesen sein müssen, da die Kranken, mit Ausnahme der drei schon erwähnten Fälle von Periostitis bei sekundären Erscheinungen erst nach jahrelangem Bestehen der Knochenerkrankung, als die Exostose schon sehr stark ausgebildet war, in Behandlung traten und über Schmerzen eigentlich nur bei Anfragen klagten.

Die Diagnose macht keine Schwierigkeiten, und es ist eigentlich erstaunlich, warum die Krankheit so oft verkannt wird, zumal da häufig, außer der meist positiven WR noch andere Krankheitserscheinungen auf Lues deuten. Es empfiehlt sich daher bei Zweifel hinsichtlich der Diagnose, versuchsweise KJ in größeren Dosen zu geben. Dieses Mittel wie auch Hg, NS und die Wismutpräparate wirken entschieden günstig auf die Osteoperiostosis ein, können aber vorgeschrittene Fälle nur bessern, jedoch nicht völlig heilen. Rezidive kommen nicht selten vor. Unter den ätiologischen Momenten nennt Maubiac Traumen, Alkohol, Infektionskrankheiten, vor allem aber eine ungenügende Behandlung. Alle diese Ursachen spielen auch in unseren Fällen mit, obenan aber stand die nicht genügende, bei der Syphilis ignorata sogar ganz fehlende spezifische Behandlung. Auch bei den Fällen von akquirierter Syphilis war die Behandlung in der Mehrzahl keine vollständig ausreichende, da sie jedenfalls in keinem der Fälle zu dauernder, negativer WR geführt hatte. In der Tat gibt es nur wenige Syphilitiker, welche sich bis zu diesem Moment behandeln lassen, die Majorität, nämlich 77,5 %, läßt sich, wie ich in einer früheren Arbeit zeigen konnte, nur schlecht behandeln.

Digitized by Google

Zusammenfassend wäre zu bemerken, daß die Osteoperiostosis nach den Daten der 2. Moskauer Universitätsklinik, wie meiner Privatpraxis bei uns noch recht oft vorkommt, weniger bei der Erbsyphilis, als bei den hier nicht so seltenen Fällen von Syphilis ignorata, aber auch bei der akquirierten und somit behandelten Syphilis. In drei Viertel der Fälle betrifft die Erkrankung einen, nur in einem Viertel der Fälle mehrere Knochen, davon an erster Stelle die Tibiae, an zweiter die Stirn-, an dritter die übrigen Schädelknochen und dann erst die sonstigen Knochen. Als Hauptursache ist eine unzureichende Behandlung anzusehen. Überraschenderweise müssen die Knochenschmerzen bei der Osteoperiostitis nicht so heftig sein, wie man sonst geneigt ist anzunehmen, da die meisten Kranken sich erst nach mehrjährigem Kranksein, wenn die Zunahme der Knochenschmerzen schon sehr arg geworden war, an die Klinik wandten. Das mag vielleicht auch der Grund zu fehlerhaften Diagnosen sein, die an und für sich nicht schwierig ist. Die spezifische Behandlung kann in so vorgeschrittenen Fällen nur Besserungen, aber keinen völligen Rückgang der Knochenaffektion hervorrufen, wodurch Rezidive nicht selten werden.

Literatur.

1. HARTUNG, Handb. d. Geschlechtskrkh. von FINGER-JADASSOHN, Bd. 3, Erste Hälfte, Wien 1913. — 2. JORDAN, Arch. f. Derm., 1907, Bd. 83, S. 353. — 3. MAURIAC, La syphilis osseuse. Le bull. med., 1904, Nr. 20. — 4. MESCHTSCHERSKY, Russische Zeitschr. f. Haut- u. vener. Krankh., 1911, Bd. 22, S. 156. — 5. NEUMANN, Syphilis, 2. Aufl., Wien 1899.

Die Grundgedanken eines neuen deutschen Strafgesetzbuchs und die Bekämpfung der Prostitution.

Nach einem in Hamburg gehaltenen Vortrag.

Von

Priv.-Doz. Dr. jur. ARTHUR WEGNER in Hamburg.

Ein erfahrener amerikanischer Jurist schrieb mir in diesen Tagen aus Philadelphia: „Wir haben 48 Staaten in unserem Vaterland. Jeder dieser Staaten hat eine Strafgesetzgebung. Und jede dieser Strafgesetzgebungen speit immerfort Strafgesetze. Der Jurist kann Tag und Nacht nur darüber sinnen, wie wohl dieser hastig sprudelnde Quell zu stopfen sei. So werden Sie", fügte er hinzu, „verstehen, daß ich lächeln mußte, als Ihre Bitte kam, Ihnen einige neue amerikanische Strafgesetze zu senden."

Auf der Hamburger Tagung der Internationalen Kriminalistischen Vereinigung im Juni 1924 erhob der Mann, der in Deutschland von Amts wegen über die Strafrechtsreform zu wachen hat, der Ministerialdirektor BUMKE, dieselbe Klage wie mein amerikanischer Freund: „Wir leiden an einer Hypertrophie des Strafrechts." Für uns kommt, wenn man vom Strafrecht in Bagatellsachen, von Forst- und Feldpolizeigesetzen u. dgl. absieht, zwar nur eine Gesetzgebung, die Reichsgesetzgebung, in Betracht. Aber die hat in dem letzten Jahrzehnt für 48 gearbeitet. Wie man in Amerika durch ein Prohibitionsgesetz neue sittliche Lebenshaltung strafrechtlich erzwingen will, so haben wir versucht, von Staatsanwalts wegen vor allem auf dem Gebiete der Wirtschaft ein neues Ethos zu züchten. Wir leiden in der Tat an Überfülle und Überschätzung der Strafgesetze.

Daß aber ein verantwortlicher Beamter die Erkenntnis dieses Leidens öffentlich

Digitized by Google

verkündet, und daß diese Erkenntnis das Denken derer bestimmt, die Strafrechtsreform wollen, kennzeichnet scharf und klar den Gegensatz des Neuen zum Alten.

Unser altes Strafgesetzbuch, das heute noch geltende deutsche Recht, trägt die Jahreszahl 1871. Es ist aber in Wirklichkeit um fast ein Jahrhundert älter. Seine Gedanken wuchsen aus dem Geiste der „Aufklärung" und den Stürmen der Großen Revolution. In deren Sicht und Besinnung raubendem Funkengestiebe hat, auch für unser kleines Gebiet, Bonaparte das allein überdauernde Kernstück jener hitzigen Bewegung, den Code pénal, gehämmert.

Aber auch der Code pénal ist noch nicht die letzte und eigentliche Wurzel unseres Strafrechts. Die Bewegung, aus der er wuchs, ging nur darauf aus, dem Staate sein jus puniendi genau und knapp zu begrenzen, damit der Staatsbürger vor Willkür und Herrscherübermut geschützt sein sollte. Wesen und Inhalt des Strafrechts ist von jener großen universalen Reform staatlichen und rechtlichen Denkens kaum verändert worden. Es wurde nach wie vor als rechtliche und sittliche Vergeltung übler Tat gewertet, als ein Mittel zum Schutze der sittlichen Idee. Wo man — wie in England — diese sittliche Idee so viel unpathetischer nimmt als bei uns, scheinen Zweckmäßigkeitsgesichtspunkte nicht nur vereinbar mit dem Vergeltungsgedanken — sie werden von der Nützlichkeitsethik eines Jeremias Bentham geradezu gefordert. In Deutschland aber, in dem Lande des geistigen Absolutismus, hat man die Frage nach dem Zweck der Strafe weit zurückgestellt hinter die Frage nach ihrer inneren Notwendigkeit: Der Zweck war kein solcher, dessen Erfüllung heute oder morgen Nutzen bringt, der Zweck der Vergeltung war, wie die sittliche Idee selber, metaphysisch und unabsehbar. So hat ihn Kant verstanden. Radbruch hat aber vollkommen recht, wenn er, wirkungsvoller noch als in dem berühmten Worte Kants von dem letzten Mörder, der hingerichtet werden müsse, ehe der Staat sich auflösen dürfe, diesen Gedanken schon in der berühmten Kabinettsorder Friedrich Wilhelms I. ausgedrückt findet: „S. K. Majestät sind in der Jugend auch durch die Schule geloffen und haben das lateinische Sprichwort gelernt: Fiat justitia et pereat mundus. Also wollen Sie hiermit, daß der Katte mit dem Schwerte vom Leben zum Tode gebracht werden solle. Wenn das Kriegsrecht aber dem Katte die Sentenz publiziert, so soll ihm gesagt werden, daß es Sr. K. M. leid täte, daß es aber besser sei, daß er stürbe, als daß die Justiz aus der Welt käme."

Das hohe Pathos dieser Worte kann nur groß wirken, wenn von bedeutenden verbrecherischen Handlungen die Rede ist, von Hochverrat oder Mord. Da hat eine Tat das öffentliche Gefühl aufgewühlt, da mag von Vergeltungsverlangen des Volkes und Sühnebedürfnis des Verbrechers gesprochen werden. Aber die Probleme des Strafrechts, die Lebensfragen, denen sich der Kriminalist in erster Linie zuwendet, liegen nicht in dem, was der sensationslustige Zeitgenosse interessant findet, nicht in den von allen Zeitungen breit berichteten Fällen und Prozessen. Die Arbeit, die wir zu bewältigen haben, wenn wir wahrhaft der Volksgemeinschaft dienen und nicht der Lust des Publikums nach Pikanterien Zugeständnisse machen wollen, liegt in der breiten Masse der kleinen alltäglichen Verbrechensfälle, der Diebstähle und Betrügereien, die wegen der Gleichartigkeit von Taten und Tätern oberflächliches Interesse überhaupt nicht reizen. Wie aber steht es um die Brauchbarkeit des Vergeltungsgedankens bei diesen Fällen, die den bei weitem größten Teil aller Kriminalität ausmachen?

Ein Mädchen läuft den Eltern weg, treibt sich mit einem jungen Burschen herum und wenn beide gar kein Geld mehr haben, stiehlt sie. So kommt sie vor Gericht. Das „vergilt" ihre Taten. Je nachdem, ob sie viel oder wenig genommen hat, mit viel oder wenig Tagen, Wochen, Monaten Gefängnis. Ist damit irgend etwas gewonnen? Muß nicht jeder unbefangen Urteilende meinen: Was interessieren mich diese paar kleinen Diebstahlstaten, die das Mädchen beging — sie sind doch nur die natürlichen Begleiterscheinungen, die Folgen einer allgemeinen Verwahrlosung. Der muß, so wird jeder verständige Mensch denken, mit Erziehung begegnet werden, wenn dieses junge Mädchen nicht zugrunde gehen soll. Nicht darauf kommt es an, ihr für ihre Tat ein paar mehr oder weniger Wochen Gefängnis zu geben. Was geschehen muß, ist ein viel radikalerer Eingriff in ihr Leben: sie muß von diesem Herumtreiber, diesem Burschen, der sie verdirbt, losgerissen und in bessere, in treu sorgende Erzieherhände gegeben werden. Diese Fürsorge und Erziehung wird der gute Laienverstand fordern; von vergeltender Strafe aber wird er wenig halten.

Digitized by Google

Dabei muß man sich freilich klar darüber sein, daß das junge Mädchen in „Fürsorge" und „Erziehung" eine härtere Strafe sehen wird als in der vom geltenden Recht vorgesehenen Vergeltung. Und wenn die Advokaten der Vernunft und der Freiheit, Voltaire, Rousseau, Montesquieu, die Männer der Zeit, aus der das geistige Gut unseres geltenden Rechts stammt, aus dem Grabe zu uns sprechen könnten, würden sie die Anwälte dieses Mädchens sein, würden, genau wie sie, uns sagen: Ihr mögt ein Recht haben, mir meine Tat zu vergelten — ein Recht, wegen der Bagatelle eines kleinen Diebstahls über mein ganzes Leben zu verfügen habt ihr nicht. Die nicht standesamtlich abgestempelte Liebe ist heute kein Verbrechen mehr. Soll ein moralinsaurer Richter oder Sozialbeamter mit rückständigen Anschauungen und gutgemeinter „Fürsorge" all das vernichten dürfen, worin ein Mensch mit anderen Moralanschauungen sein Lebensglück sieht? Wer garantiert dafür, daß wirklich nur wahrhaft verwahrloste Mädchen aus tatsächlich verderblichen Verhältnissen herausgerissen werden? Liegt nicht die Gefahr nahe, daß von Staats wegen um eines nichtigen Anlasses willen in ein Liebesbündnis eingegriffen wird, bloß weil der sonst ehrliche und gutmeinende Mann, dem zu Liebe, aber ohne seinen Willen, das Mädchen eine Kleinigkeit stahl, das Pech hat, arbeitslos zu sein?

So könnte fragen, wer die bestimmt begrenzte staatliche Vergeltung für eine bestimmte einzelne Tat im Interesse der Rechtssicherheit des Staatsbürgers verteidigen will. Es müßte dann aber seiner vorwurfsvollen Frage diese Antwort gegeben werden:

Die Vergeltungsstrafe mag in der gesetzestechnischen Ausgestaltung, die sie seit der Aufklärungszeit erhalten hat, dem Bedürfnis nach Rechtssicherheit mehr entgegenkommen, als es bessernde und sichernde Maßnahmen, welche die ganze Persönlichkeit ergreifen, können. Die modernen Vergeltungstheoretiker, die eben, um den neuen Strafgesetzentwurf zu bekämpfen, eine „Strafrechtliche Vereinigung" gegründet haben, sprechen darum von „Rechtsstrafe". Aber wie es auch immer um die Rechtlichkeit der Vergeltungsstrafe stehen mag — eines steht seit der Vertiefung kriminalpsychologischer, anthropologischer und soziologischer Erkenntnis fest: daß jedes Strafrecht, das Taten vergelten will und an die Möglichkeit einer Gleichung zwischen Tat und Strafe glaubt, zwecklos ist.

Das Mädchen, das mit einem leichtfertigen Burschen davongelaufen ist, stiehlt nicht, sondern prostituiert ihren Leib. Strafbar? Ja! Das Strafgesetzbuch sieht im § 361 Ziff. 6 eine Übertretungsstrafe, Haft, dafür vor, falls nicht diese Prostitution unter polizeilicher Aufsicht erfolgt.

Ja, was soll denn wohl eigentlich bei der Prostitution gestraft werden? Wo ist da die Tat, die vergolten werden muß? Die Antwort muß lauten: Eine solche Tat, eine einzelne, in sich selber bedeutsame Handlung, ist gar nicht da. Prostitution ist keine Straftat, sondern eine sozial minderwertige Lebenshaltung. Deren Wurzeln liegen in körperlichen und wirtschaftlichen Ursachen. Soziale und sozialhygienische Prophylaxe sind auch hier das in erster Linie Wichtige; die Mittel des Strafrechts, diese jämmerlich „nachhinkenden Übel" (um an ein Wort Adolf Merkels zu erinnern) kommen erst hinterher. Aber dieses Strafrecht würde noch jämmerlicher arbeiten, wenn es nur einzelne Handlungen, die nichts als Symptome allgemeiner Lebenshaltung sind, durch Vergeltung „sühnen", „negieren" wollte. Gewiß kann strenge und doch menschliche Sühne erzieherische Notwendigkeit sein. Aber meist nur bei dem gesunden Menschen, dessen Seele noch stark und fein genug ist, „sühnen" zu können. Der alte Einbrecher mit jahrzehntelanger Zuchthausroutine, der tierisch stumpfgewordene Landarbeiter, den Totschlag, Notzucht und Körperverletzungen immer wieder vor Gericht führen, das Straßenmädchen, das zum 25. Male ihre paar Tage oder Wochen Haft bekommt — „sühnen" sie?

Der neue Entwurf — seit 1909 der vierte, aber erste amtliche Entwurf — der Deutschland und Österreich ein neues Strafgesetzbuch geben will, trägt den Erfahrungen, die man mit der Zwecklosigkeit des Vergeltungsstrafrechts gemacht hat, Rechnung. Er zählt in seinem 7. Abschnitt Maßregeln auf, die mit „Strafe" nichts zu tun haben, sondern lediglich „Maßregeln der Besserung und Sicherung" sein wollen. Zehnerlei wird da im § 42 aufgezählt: Unterbringung in einer öffentlichen Heil- oder Pflegeanstalt, Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt, Sicherungsverwahrung, Schutzaufsicht, Wirtshausverbot, Reichsverweisung, Verlust der Amtsfähigkeit, Verlust des Wahl- und Stimmrechts, Urteilsbekanntmachung, Einziehung.

Digitized by Google

Bei der Einführung dieser neuen Maßnahmen soll allerdings manch bedenkliches Kompromiß mit dem alten Vergeltungsgedanken geschlossen werden. Der § 45 bestimmt: „Wird ein für die öffentliche Sicherheit gefährlicher Gewohnheitsverbrecher auf Grund des § 77 zu einer Strafe verurteilt, so kann das Gericht daneben auf Sicherungsverwahrung erkennen." Erst soll also eine „Strafe" abgesessen werden — dann wird der Rechtsbrecher in ein anderes Haus geführt und ihm gesagt: Bis jetzt hast du „gesühnt", von nun an wirst du „gesichert". Man hört die ruhig überlegene Stimme eines Kommissionsvorsitzenden, der die sich streitenden Vergeltungs- und Zweckstrafentheoretiker beschwichtigt: „Meine Herren, beruhigen Sie sich. Sie kriegen beides, zunächst Vergeltung; dann aber auch Sicherung. Lassen Sie uns auf dieser mittleren Linie einig werden." Mir scheint dieses Kompromiß faul, die Beibehaltung der alten Vergeltungsstrafe völlig falsch. Es soll nur eine Maßnahme geben: individuelle, zweckmäßige Behandlung der verbrecherischen Persönlichkeit — Name ist Schall und Rauch.

Bei den Fragen der Prostitution hat man am ehesten erkannt, daß man die „Strafen" zugunsten wirksamerer Maßnahmen möglichst abbauen muß. An die Stelle des § 361 Nr. 6 des alten Strafgesetzbuchs soll § 271 treten mit dieser Begründung: „Nach dem geltenden Rechte ist die Ausübung der Gewerbsunzucht grundsätzlich strafbar. Straflosigkeit tritt nur bei Dirnen ein, die einer polizeilichen Aufsicht unterstellt sind und die zur Regelung der Gewerbsunzucht erlassenen Polizeivorschriften befolgen. Diese Rechtslage steht der Einführung einer vorwiegend ärztlichen Überwachung der Gewerbsunzucht im Wege; sie gestattet insbesondere nicht, solche Dirnen straflos zu lassen, die einer polizeilichen Aufsicht nicht unterstellt zu werden brauchen, weil sie sich freiwillig der ärztlichen Untersuchung unterwerfen und dadurch sowie durch ihr sonstiges Verhalten eine gewisse Gewähr dafür bieten, daß sie keine Gefahr für die Gesundheit, die öffentliche Ordnung und den öffentlichen Anstand bilden werden. Im übrigen hat sich die Strafbestimmung als ungeeignet erwiesen, das Anwachsen des heimlichen Dirnentums zu verhindern. Wegen der Nachteile, die die Unterstellung unter Aufsicht für das bürgerliche Leben mit sich bringt, läßt sich erfahrungsgemäß nur der geringste Teil der Dirnen in die polizeilichen Listen eintragen; die Mehrzahl unterwirft sich nicht der polizeilichen Beaufsichtigung und treibt, um einer Bestrafung zu entgehen, die Unzucht heimlich. Um diesem schweren Übelstände zu begegnen, schlägt der Entwurf vor, die gewerbsmäßige Unzucht als solche straflos zu lassen, dafür aber Vorschriften gegen solche Personen aufzunehmen, die in einer Sitte und Anstand verletzenden oder anderen belästigenden Weise unzüchtigen Verkehr herbeizuführen suchen, oder welche die Gewerbsunzucht in einer die Jugend gefährdenden Weise betreiben." (Begründung S. 138.)

Auch an anderer Stelle will der Entwurf eine heute geltende Strafdrohung einschränken, bei der Kuppelei (§ 273 Abs. 2): „Auf dem Boden des geltenden Rechts ist die Rechtsprechung dazu gelangt, das Vermieten von Wohnungen an Dirnen als Kuppelei zu bestrafen, auch wenn der Vermieter von ihnen nur den gewöhnlichen Mietzins verlangt und aus dem unzüchtigen Treiben keinerlei besondere Vorteile für sich gezogen hat. Dieser Rechtszustand wird allgemein als unerträglich empfunden. Der Staat kann, wie eine jahrhundertelange Erfahrung beweist, die weibliche Prostitution nicht ausrotten; er muß sie daher als Tatsache in Kauf nehmen. Dann kann er aber auch nicht durch eine Strafdrohung den Dirnen verbieten, eine Wohnung zu haben und darin ihr Gewerbe auszuüben; sonst drängt er die Unzucht auf die Straße." (S. 139.) Darum sei jetzt in § 173 Abs. 2 vorgeschen: „Wer einer Person, die das 18. Lebensjahr vollendet hat, Wohnung gewährt, wird auf Grund des Abs. 1 nur dann bestraft, wenn damit ein Ausbeuten der Person, der die Wohnung gewährt ist, oder ein Anwerben oder ein Anhalten dieser Person zur Unzucht verbunden ist."

Der Grundgedanke dieser Bestimmung scheint mir richtig. Es sollte aber statt 18. Lebensjahr 21. Lebensjahr dastehen.

Während hier Strafen abgebaut werden sollen, will das dritte Buch des Strafgesetzentwurfs neue wirksame Maßnahmen gegen alle einführen, die der Allgemeinheit eine Gefahr sind. „Gemeinschädliches Verhalten" ist dieses Buch überschrieben, das sich besonders auch mit den alten, unverbesserlichen Straßenmädchen beschäftigt. Auch das geltende Recht kennt die Möglichkeit, außer der kleinen Übertretungsstrafe für die gewerbsmäßige Unzucht die Überweisung in

Digitized by Google

ein Arbeitshaus zu verfügen. Aber dieses Arbeitshaus des geltenden Rechtes ist durchaus eine Strafanstalt. Das erhellt besonders daraus, daß es als Nebenstrafe, als Strafverschärfung für Zuhälter vorgesehen ist (§ 181a). Das soll anders werden. Die Begründung des Strafgesetzentwurfs erkennt die ganz große und dringende Verbesserungsbedürftigkeit der bestehenden Arbeitshäuser an (S. 189). Der Entwurf will aus den Arbeitshaus eine Besserungs- und Bewahrungsanstalt machen. Was er aber an rechtlicher Regelung bringt, ist nur noch sehr skizzenhaft. Und so sehr gerade das dritte Buch „Gemeinschädliches Verhalten" Zeuge neuen kriminalistischen Willens ist, muß doch den dort gemachten Vorschlägen einige Skepsis entgegengebracht, auch gerade vor einer Überschätzung des Arbeitshauses gewarnt werden.

Wenn man an diesen Bestimmungen vom Standpunkt der Prostitutionsbekämpfung aus Kritik üben will, so muß vor allem das eine hervorgehoben werden: Auch das Recht des Entwurfs denkt nur an die Erfassung der alten, routinierten Dirnen. Bei der Bekämpfung der Prostitution als eines sozialen Schadens und vor allem bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten als einer Volksseuche kommt es indessen gerade darauf an, die gefährdete und gefährdende Jugend, in der des Lasters wie des Guten Kraft lebt, zu erfassen. Von Professor v. DÜRING hörte ich dies kleine Geschichtlein erzählen: Eine alte Prostituierte, über vierzig Jahre alt, wird mit allen Schikanen von den letzten Spuren veralteter Blennorrhoe befreit, „Der hätte man's im Staatsinteresse ruhig lassen können; die war bereits ungefährlich, immun. Die jungen Leute aber laufen mit frischer Syphilis umher, ohne daß ein zuständiger Arzt davon weiß, und sind wahre Seuchenherde." Diesen gegenüber aber sind wir nach geltendem Rechte wehrlos. Seit dem bahnbrechenden Buche von FLEXNER über die Prostitution in Europa (englisch 1913, deutsch 1921) wissen wir, daß die polizeiliche Reglementierung nur einen kleinen und nicht den gefährlichsten Teil der wirklich vorhandenen Prostitution ergreift. Die polizeiliche Untersuchung, ein- oder zweimal wöchentlich, ist zudem „eine hygienische Heuchelei". Die Reglementierung leidet an Zwecklosigkeit. Soweit die Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten in Frage kommt, sind, wie mir scheint, vor allem drei Forderungen zu erheben:

1. Die Schaffung genügend vieler und guter Polikliniken für Geschlechtskranke, in denen der Patient auf diskrete Behandlung vertrauen darf. In England, wo man ebenso wie in Amerika, Dänemark, Norwegen und mehreren Kantonen der Schweiz die Reglementierung nicht kennt, hat man hiermit seit den Public Health (Veneral Diseases) Regulations von 1916 die besten Erfahrungen gemacht.

2. Die Behandlung der Geschlechtskrankheiten muß als Privileg, aber zugleich als besonders ernste, im öffentlichen Interesse wahrzunehmende Pflicht der approbierten Ärzteschaft festgesetzt werden; Kurpfuschertum und laienbetörend angepriesene Geheimmittel müssen verdrängt werden, weil sonst Bequemlichkeit und Vertuschenwollen die Kranken zuerst zu diesen dunklen Zuflüchten und damit zu gefährlicher Vernachlässigung ihres Leidens treiben. Diese Forderung sucht der Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zu verwirklichen, der seit Kriegsende fast immer wieder von Kommission zu Kommission verschleppt wird. Ich habe an anderer Stelle (Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft, 1925, H. 5) versucht, zu ihm Stellung zu nehmen.

3. Derselbe Gesetzentwurf möchte auch der dritten, allerdings sehr vorsichtig zu erhebenden Forderung Rechnung tragen. Diese dritte Forderung richtet sich an den einzelnen Staatsbürger: er soll sich der Pflicht bewußt sein, die ihm erwächst, wenn er geschlechtskrank wird. Er soll sich in die Behandlung eines Arztes begeben und von Geschlechtsverkehr wie von der Eingehung einer Ehe zurückstehen, so lange bis er geheilt ist.

Und das wird auch von der auf Unzuchtlohn angewiesenen Prostituierte verlangt! Die Frau Abgeordnete NEUHAUS sagte hierüber im Reichstage bei der Beratung des Gesetzentwurfs zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten: „Die Prostituierte, auch die Berufsprostituierte wird von jeder strafrechtlichen Ausnahmestellung befreit. Sie wird den anderen Bürgern vollkommen gleichgestellt. Das bedeutet: Es werden an sie dieselben Anforderungen gestellt in bezug auf Verantwortlichkeitsgefühl, auf Beherrschung des Trieblebens usw. Wer die Psyche dieser unglücklichen Geschöpfe kennt, dem wird es etwas beklommen bei dieser Forderung. Ich stelle nur die eine Frage: Wovon soll die Prostituierte leben in den langen Wochen ihrer ärztlichen Behandlung? Ich will damit selbstverständlich

Digitized by Google

nicht sagen, daß sie straffrei sein soll. Ich denke nicht daran. Ich will nur darauf hinweisen, daß da noch manches durchdacht und erwogen werden muß." (Stenograph. Ber. 13. Juni 1923, S. 11 318.)

Hier ist eine Lücke. Wegfallen der Reglementierung darf nicht gleichbedeutend sein mit einem matten laissez faire, laissez aller. Mit Recht forderte Frau NEUHAUS im Reichstag ein Bewahrungsgesetz für geistig Minderwertige, aber auch für Verwahrloste. Dem Reichstag liegen jetzt bereits zwei von großen Wohltätigkeitsverbänden ausgearbeitete Entwürfe zu einem solchen Gesetze vor. Auch hier sind Eingriffe in die staatsbürgerliche Freiheit vorgesehen, viel einschneidender als irgend etwas im geltenden Recht Stehendes. Alle Sozialbeamten, die mit der Prostitution und dem Verbrechertum zu tun bekommen, haben nach den neuen Entwürfen die Last ungeheurer Verantwortung zu tragen. Von ihnen hängt für Menschenschicksal oft mehr ab als wie heute von der Entscheidung ganzer Richterkollegien. Wenn statt christlichem Gewissen „christliche Bummligkeit", statt echter Menschlichkeit süße Saumseligkeit das neue Tun beherrscht, ist die Strafrechtsreform ruiniert.

Ohne eine neue Art von sozial und pädagogisch gebildeten Beamten ist nicht auszukommen. Die Reglementierung hat versagt. Nicht indem man den zufällig Aufgegriffenen einen Schandstempel aufdrückt, sondern indem man den größtmöglichen Kreis Gefährdeter und Gefährdender erfaßt, dient man der Sache der Volksgesundheit und Volkskraft.

Natürlich wird es ohne besondere Maßnahmen gegen die Straßenprostitution nicht gehen. Man hat solche Maßnahmen — trotz Fehlens der Reglementierung — in England, und man findet sie auch im § 14 des Entwurfs zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und dem § 271 des Strafgesetzentwurfs.

Der Staat muß der Verwahrlosung junger Menschen frühzeitig und wirksam entgegentreten können und muß für Anständigkeit des Straßenbildes sorgen.

Das Problem, das sich hieraus ergibt, scheint mir in hervorragender Weise die Abgeordnete Frau NEUHAUS in der Reichstagsdebatte von 13. Juni 1923 behandelt zu haben: „Mir scheint vielfach eine verhängnisvolle Verwechslung der Reglementierung einerseits mit polizeilicher Mitarbeit andererseits vorzuliegen. Unter Reglementierung versteht man doch erstens Einschreibung, Listenführung, zwei Arten von Prostituierten; zweitens polizeiliche Zwangsuntersuchung, sehr oft in unwürdigster Weise ausgeführt; drittens ganz einseitiges Erfassen der Frau, vollkommene Straflosigkeit auch des schuldigen Mannes; dann viertens, nicht direkt dazugehörig, aber doch damit verbunden, die Kasernierung. In diesen Aufgaben hatte die Polizei durch die Reglementierung die Exekutive. Daher erklärlich die enge Verbindung der Begriffe von Reglementierung und Polizei. Die Mitarbeit der Polizei, die wir wollen, ist etwas ganz anderes. Alles oben Genannte lehnen auch wir strikte ab." Statt dessen sei zu fordern: „Die Zusammenarbeit einer sozial gesinnten Polizei mit den Fürsorgestellen. Diese Zusammenarbeit ist auf dem besten Wege, die Frage der Reglementierung praktisch zu lösen; denn diejenigen Mädchen, die den Fürsorgestellen zugeführt wurden, kamen nicht in die Gefahr der Einschreibung, sie kamen in treusorgende Frauenhände und waren in sehr vielen Fällen, in weitaus den meisten Fällen gerettet. Die Behandlung dieser so unendlich schwierigen und wichtigen Frage ist auf ein ganz neues Gleis geschoben; sie ist der Polizei genommen, die zur Behandlung der ganzen Arbeit zweifellos ungeeignet war. Wir dürfen ihr nicht die Schuld dafür aufbürden. Es war ihr eine Arbeit übertragen, für die sie gar nicht die nötigen Organe besaß. Jetzt soll diese Arbeit von den Gesundheitsbehörden, Beratungs- und Fürsorgestellen gemeinschaftlich geleistet werden. Damit bekommt sie einen vollständig anderen Charakter, wie wir hoffen, zum Segen unseres Volkes."

Die Frau Abgeordnete NEUHAUS konnte im Reichstag bezeugen, daß man mit Anfängen dieses Systems, die es hier und da in Deutschland gibt, gute Erfolge gehabt hat. In England hat man nur diese Art der Prostitutionsbekämpfung und keine Reglementierung. Wir sind nur allzu geneigt, uns mit der Reglementierung als einem unvermeidlichen Übel abzufinden. Am besten, man läßt die Hände davon, an den Dingen ist doch nicht viel zu ändern!

Im Jahre 1773 wurde JOHN HOWARD zum Sheriff von Bedfordshire bestellt. Er übernahm sein Amt unter den üblichen Zeremonien und erfüllte die gesellschaftlichen Formen, die damit verbunden waren — aber er nahm nicht nur die Gaste-

Digitized by Google

reien, sondern auch seine anderen Pflichten genau. Zu diesen Pflichten, gleich bei der Amtsübernahme, gehörte die Inspektion der Gefängnisse. Und JOHN HOWARD war wohl der erste und einzige Sheriff, der diese Inspektion gewissenhaft ausführte. Als JOHN HOWARD 1773 Sheriff von Bedfordshire wurde, geschah es zum erstenmal, daß ein verantwortlicher Mann das unsägliche Leiden und die dumpfe Verkommenheit in den Gefängnissen des Verpachtungssystems klar und nüchtern sah und sich davon rühren ließ. Physisch müssen noch tausend andere Menschen diese Dinge erblickt haben. Doch die satten Augen waren müde davon —: wer kann daran viel ändern? Aber als JOHN HOWARD Sheriff von Bedfordshire wurde, wuchsen in einem einfältig frommen Herzen die Wurzeln universaler Reform dieser Dinge. Und der einzige Grund dafür ist, daß dieser Sheriff nicht ein müder Mann mit herabgezogenen Mundwinkeln, sondern ein mutiger Mann von rechter Einfalt war, von jener Einfalt, die ein Offensein ist für das Einfallen der Strahlen der Wirklichkeit. „HOWARD hatte bemerkenswerte Eigenschaften, die ihn im besonderen Maße befähigten, eine neue Ära des Gefängniswesens zu beginnen. Eine besonders scharf hervortretende Begabung eignete ihm nicht; seine Erziehung war recht mangelhaft gewesen; aber er hatte eine eigentümlich kindlich schlichte Art zu denken und Geradlinigkeit des Wollens, die sich mit absoluter Furchtlosigkeit und unerschütterlicher Beharrungskraft verband. Sein ganzes Leben ist gekennzeichnet durch reines Wollen und immer wachen Drang, menschliches Leiden zu lindern. Es war beinahe eine Leidenschaft bei ihm, umherzureisen, Einzelheiten zu beobachten und sie in präziser Sprache festzuhalten. Wie ein Kind oder wie ein von all unserer irdischen Sophisterei unberührter Gast aus fremder Welt scheint er überhaupt keine Vorurteile, keine vorgefaßten Meinungen gehabt und nichts als gegeben und unabänderlich hingenommen zu haben." (Aus Sidney und Beatrix Webb, English Prisons unter Local Government, 1922.) Die Namen soloher Männer, mögen sie noch so geisteeschlicht gewesen sein, bleiben erhalten. Der satten Zyniker aber, die sich weltweise mit allem abfinden, wird das Gedächtnis der Menschheit müd und überdrüssig.

Ein neues, sehr einfaches Koagulationsendoskop für die vordere Harnröhre.

Von

Dr. FRITZ LANDT, Hautarzt in Potsdam.

Mit 2 Abbildungen im Text.

Die bisher in Anwendung befindlichen Modelle nach SCHLENZKA, PRÄTORIUS und GLINGAR erfordern entweder Wasserspülung oder Luftfüllung.

Abb. 1.
Luysscher Tubus mit Handgriff, durchbohrter Linse und Koagulationssonde.

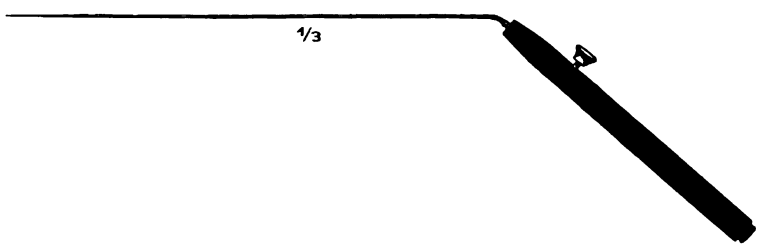


Abb. 2.
Koagulationssonde mit Unterbrecherknopf.

Durch eine sehr einfache Vorrichtung habe ich das gewöhnliche Untersuchungsendoskop nach NITZE so umgewandelt, daß man nach Einstellung der erkrankten Schleimhautpartie sofort koagulieren kann.

Digitized by Google

Benutzt wird der LUYSsche Rillentubus, bei dem die Endoskoplampe in der Rille Platz findet, so daß das ganze Lumen für das Auge und die Koagulationssonde frei ist.

Die Endoskoplinse trägt genau in Höhe der Mitte des Tubenlumens ein kleines Loch von 2 mm Durchmesser, das in keiner Weise das Blickfeld stört. Durch das Loch führt man die möglichst dünn gehaltene, starre, vorn spitze Koagulationssonde ein, mit der man jetzt, immer unter genauer Kontrolle des Auges, koagulieren kann. Die Sonde braucht nicht isoliert zu sein, da die durchbohrte Glaslinse isoliert. Der nach unten leicht abgebogene Griff der Sonde trägt einen Unterbrecherknopf. Die Sonde muß sehr spitz sein, damit man etwas einstechen kann.

Am besten hat man mehrere LUYSsche Tuben von verschiedener Länge mit entsprechend langer Koagulationssonde in Gebrauch, je nach dem Sitz der Erkrankung. Je kürzer der Tubus, desto schneller und sicherer das Arbeiten.

Bei intraurethralen Feigwarzen, bei gonorrhoisch infizierten LITTRÉschen Drüsen und paraurethralen Nebengängen, die jeder anderen Therapie trotzen, hat sich dieses neue Instrumentarium sehr bewährt[1]).

Zu UNNAS 75. Geburtstag.

Von

Prof. Dr. phil. et med. W. WEYGANDT in Hamburg.

Wenn ich zur Beglückwünschung unseres Prof. UNNA zum 75. Geburtstage mit ganz besonderer Freude die Gelegenheit, den abwesenden Dekan der Medizinischen Fakultät zu vertreten, ergriffen habe, so geschah das aus menschlichen wie aus wissenschaftlichen Gründen. Nicht etwa auf Grund der genetischen Verwandtschaft unserer Studiengebiete, da ja das Zentralnervensystem wie auch die Haut Derivate des Ektoderms sind, sondern weil mein Fach ganz besonders darauf hindrängt, jeweils die Beurteilung der gesamten Persönlichkeit in den Vordergrund zu rücken und im eigentlichen Sinn die Pathologie der Person behandelt, so daß es seinen Vertreter mit um so größerer Genugtuung erfüllen muß, wenn er die Möglichkeit hat, auch einmal auf normalem Gebiet eine Persönlichkeit vor sich zu haben, bei der in gleicher Weise die wissenschaftliche wie die rein menschliche Seite zur bewundernden Analyse herausfordert.

In intensiver Weise ärztlich hereditär determiniert, hat unser Jubilar sich von Jugend auf als geborener Forscher und Kliniker erwiesen und bereits, was gerade als Beweis des konstitutionell medizinischen Faktors in seiner Persönlichkeit zu werten ist, als Gymnasiast den Drang zur Naturwissenschaft durch einen einjährigen Übertritt in eine Mathematik und Chemie bevorzugende Privatschule betätigt.

Schon bei der Wahl der Doktorarbeit verwirklichte sich die Sehnsucht des jungen, geborenen Forschers nach dem Neuland, das sich ihm in der bislang so vernachlässigten Dermatologie zukunftverheißend eröffnete. Bei UNNA traf es zu, was immer zu den Seltenheiten gehörte und heutzutage kaum noch vorkommt: daß bereits die Doktorarbeit ihrem Autor einen weitangesehenen Namen schuf.

Wenn unser Jubilar damals dem gern erwogenen Gedanken einer Universitätslaufbahn entsagte, so konnte ihm der Entschluß um so leichter fallen, als er gewiß ab ovo den Impuls und die Fähigkeit in sich spürte, aus eigener Kraft ein Förderer der Wissenschaft zu werden. Schon 1876 fungierte er als Sekretär einer Sektion der in Hamburg tagenden Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte, die damals mehr vielleicht noch als heute den obersten wissenschaftlichen Areopag deutscher Zunge darstellte. Auch die in jenem Jahr vollzogene Verlobung ließ wieder akademische Luft um ihn wehen. Mit 31 Jahren gründete er eine Klinik, wohl bescheidenen Umfangs. Aber doch war damit die Grundlage wissenschaftlicher Beobachtung gewährleistet, das δος μοι που στω war für ihn erfüllt. Der 32jährige ward Mitbegründer der Monatshefte für praktische Dermatologie. Der Unternehmungsgeist des jungen Arztes und Forschers ließ ihn bereits im folgenden Jahre das schöne Gelände zu Eimsbüttel, das mit UNNAS Namen dauernd verbunden sein wird, als Ort künftiger klinischer Wirksamkeit gewinnen.

---

[1]) Fabrikant Agema Akt.-Ges. vormals Louis & H. Loewenstein, Berlin N, Ziegelstraße 28.

Digitized by Google

Früher, als es heute wohl einem Forscher vergönnt ist, entwickelten sich bei ihm jene regen Beziehungen zur ausländischen Gelehrtenschaft, die in wenigen Jahren geradezu weltumspannend geworden sind. Bereits auf die Organisation des Dermatologischen Kongresses in Kopenhagen 1884 übte er fördernden Einfluß aus, der in seinen von nun ab ununterbrochenen Leprastudien nachwirkte. Für die Naturforscherversammlung von Straßburg 1886 vermochte er, mit Wolff gemeinsam, eine besondere dermatologische Sektion einzurichten. Schon im folgenden Jahre knüpfte er persönliche Beziehungen mit amerikanischen Dermatologen an, auf dem Dermatologenkongreß in Baltimore lebhaft begrüßt.

Es ist erstaunlich, wie außerordentlich produktiv und intensiv sich trotz dieser mannigfachen Unterbrechungen durch Kongresse und Reisen die Wirksamkeit gestaltete. Schon seit 1888 wurden in dem wieder erweiterten Dermatologikum zu Eimsbüttel wissenschaftliche Kurse gehalten, die immer größere Anziehungskraft auf die Fachgenossen aller Kulturländer ausübten, so daß Unna bald durch diese Wirksamkeit wie durch sein geschriebenes Wort den Ehrentitel eines magister mundi verdiente. Es ist an dieser Stelle nicht möglich, auf die überwältigende Fülle von Forscherarbeiten und -erfolge einzugehen, nur hingewiesen sei, daß es immerdar als vorbildlich und methodologisch bedeutsam gelten wird, wie Unna zunächst von klarer, origineller Problemstellung ausging und dann auf dem noch jungfräulichen Boden seines Faches mit unermüdlicher Umsicht und Emsigkeit sich erst die methodischen und technischen Hilfsmittel schaffen mußte, bis er zur Lösung schritt, und wie sich an das eine Ergebnis wieder eine Fülle neuer Fragestellungen knüpften. Mikroskopie und Chemie waren seine bedeutsamsten Hilfsmittel, aber bei seinen histopathologischen und mikrochemischen Feststellungen blieb er nie in dem engen Fachbereich befangen, sondern es ergaben sich jeweils auch für die allgemeine Pathologie und für zahlreiche andere Fächer die fruchtbarsten Gesichtspunkte. Um wenigstens ein Beispiel zu nennen, so haben die von ihm 1891 entdeckten Plasmazellen nach Jahren auch im Bereich der Pathologie des Zentralnervensystems eine weittragende Bedeutung gewonnen; indes ist ihre auf Grund der Unnaschen Theorie nahegelegte Ausdeutung, namentlich im Rahmen der Lehre von den Sauerstofforten und den Reduktionsorten der Gewebe, auch heute noch keineswegs durchgeführt.

Wenn auch diese ganze Forscherarbeit bemüht war, das Studium der Dermatologie auf biologischer Grundlage auszubauen und das Fach somit letzten Endes als eine streng wissenschaftlich begründete Gruppe der pathologischen Physiologie darzustellen, hat Unnas unermüdlicher Geist auch die praktische Seite unendlich befruchtet, indem er Jahr für Jahr eine Fülle segensreicher Heilmittel angab und vor allem auch die ganze Technik der Hautbehandlung durch die mannigfaltigen Anwendungsmethoden bereicherte.

Hatte er in seiner wissenschaftlich-klinischen Tätigkeit stets hervorragende jüngere Forscher als Mitarbeiter gefunden, wie Tänzer, Leistikow, Delbanco und viele andere, so trat ihm auch hinsichtlich der pharmazeutischen Therapie ein stattlicher Kreis von Helfern zur Seite. Mit strengster Uneigennützigkeit ging Unna zu Werk, und vor der Fühlungnahme mit der pharmazeutischen Industrie schloß er jede Möglichkeit, daß ihm irgend ein Vorteil daraus erwachsen möge, vertragsmäßig vollständig aus. Unendlich befruchtend wirkte er, so daß er auch ein Förderer der industriellen Produktion Hamburgs genannt werden kann. Man möchte von seiner anregenden und schöpferischen Wirksamkeit auf diesem Gebiet das Schillerwort zitieren: „Wenn die Könige bau'n, haben die Kärrner zu tun", freilich mit der von ihm selbst erhobenen Einschränkung, daß sich unter den Ausarbeitern seiner therapeutischen Ideen eine Reihe ganz hervorragender Köpfe und tüchtiger Chemiker, Pharmazeuten, Industrieller und Kaufleute befanden.

Eine Fülle äußerer Ehren regnete in geradezu unaufhörlichem Strom auf ihn herab. Die Ehrenmitgliedschaft der meisten Fachgesellschaften europäischer und überseeischer Staaten wurde ihm zuteil. Schon zu seinem 60. Geburtstage wurde ihm zu Ehren eine zweibändige Festschrift gewidmet. Er war der erste nichtbeamtete Arzt Hamburgs, dem der Professortitel verliehen wurde. Im ganzen freilich muß man sagen, daß gerade außerhalb Hamburgs und auch im Auslande die Bedeutung Unnas früher und klarer erkannt wurde, als in Hamburg selbst. Es findet sich nun einmal hier ein den Musen von vornherein wenig günstiger Boden, und die Berechtigung der ätzenden Kritik Heinrich Heines an seinen Landsleuten dürfte im Laufe der Zeit wohl gemindert, aber noch nicht ganz erloschen sein. Die Gelehrten wären noch weltfremder, als sie in Wirklichkeit zu sein pflegen, wenn sie sich in der Illusion wiegten, mit ihren Ideen von ihrer Umgebung oder auch von namhaften Persönlichkeiten alsbald verstanden zu werden. Es ist nun eben das Schicksal vieler Geisteswissenschaftler, wie beispielsweise so manches Philosophen, daß er mit Jahrzehnten der Reife zur Anerkennung rechnen muß. Auf medizinisch-natur-

Digitized by Google

wissenschaftlichem Gebiet pflegt freilich die Fachgenossenschaft eher ihr Urteil zu fällen und auch entsprechenden Beifall zu zollen. Trotz vieler Kämpfe ist dies nun UNNA im allgemeinen früh zuteil geworden. Aber eine entsprechende Würdigung und vor allem irgendwelche Geste, die diese auch für Hamburg Ruhm und Früchte bringende Tätigkeit hätte finden können, ist ihm doch nicht rechtzeitig und in verdienter Fülle zuteil geworden.

Als endlich die Universität gegründet wurde, der keiner der Hamburger Ärzte durch seine Lehre früher und intensiver vorgearbeitet hatte als unser Geburtstagskind, da schien es eine Selbstverständlichkeit, daß zunächst er als der Vertreter seines Faches in den Kreis der Lehrkräfte gezogen wurde. Wenn nicht sofort ein Ordinariat errichtet wurde, so ergab sich das daraus, daß ja die gesamten Universitätspläne im wesentlichen nach dem Vorbilde der Vorkriegsuniversitäten aufgestellt waren und der Gesichtspunkt möglichster Einfachheit und Sparsamkeit gerade bei der Medizin durchgeführt werden sollte. So hat denn unser UNNA lediglich als ordentlicher Honorarprofessor und Vertreter seines Faches an der jungen Hochschule gewirkt, äußerlich gestützt auf seine kleine Abteilung in Eppendorf, die man nur mit beträchtlichem Aufgebot von Phantasie und gutem Willen als dermatologisch-syphilidologische Klinik bezeichnen konnte. Ungemein schwierig gestaltete es sich, nach seinem leider so bald erfolgten Abgang mit dem 70. Jahre einen geeigneten Ersatz für ihn zu finden, bis endlich nach mannigfachen Umgruppierungen jetzt das Fach durch ein Ordinariat vertreten ist und auch Aussicht auf eine ausreichende Klinik besteht.

Aber die Tatsache, daß UNNA doch wenigstens der neuerstandenen Universität beitrat, war sicher für das Ansehen ihrer medizinischen Fakultät von unschätzbarem Wert. Indes nicht nur sein Forschername wird hier immerdar glänzen, sondern auch seine Persönlichkeit, die jeweils über die Fachgrenzen hinaus geistige Wirksamkeit entfaltete. Wenn auch diese Seite nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit der Universität zu stehen scheint, so hat doch der Gedanke, daß die Hochschule nicht nur Fachleute, sondern Vollmenschen erziehen soll, gerade hinsichtlich der folgerichtigen Forderung, daß nicht lediglich spezialistisch eingeschränkte Fachlehrer, sondern vorbildliche Männer der Wissenschaft den Kreis der akademischen Lehrer bilden müssen, vor allem in UNNA eine ausgezeichnete Vertretung gefunden.

Das ergibt sich schon seit seinen jungen Jahren aus seiner außerfachlichen Geistesarbeit. Früh schon ein eifriger Anhänger des naturwissenschaftlichen Entwicklungsgedankens, kreuzte er bereits 25jährig seine Klinge mit dem gefeierten Philosophieprofessor KUNO FISCHER, wobei er dessen spekulative Betrachtung über das Gewissen durch eine naturwissenschaftliche und psychologische Analyse dieses Begriffes mit Glück zu widerlegen suchte. UNNA bekannte sich als strenger Anhänger des Kausalitätsgesetzes und eifriger Verehrer und Vorkämpfer für ERNST HÄCKEL, dem er auch bis in die monistische Weltanschauung und den Monistenbund tatkräftige Gefolgschaft leistete. Feinsinnig folgerte er aus HEMHOLTZ' Lehre die Ablehnung des Vitalismus und verlangte unter Berufung auf ihn die Freiheit des Geistes, des Denkens und der Lehre. Er nannte seine Weltauffassung die physioplastische und freute sich über jeden Fortschritt, der dem Ziel naturwissenschaftlicher Welterklärung und Weltanschauung gedeihlich erschien. Mit jugendlichem Enthusiasmus widmete er sich z. B. dem Studium der Werke über die rechnenden Pferde. Über den Streit der Geister hinaus trug ihn aber jeweils die Liebe zur Musik, die er noch bis auf den heutigen Tag so meisterhaft am Cello zu betätigen vermag.

So sehen wir denn heute mit $^3/_4$ Jahrhundert Lebensganges PAUL UNNA vor uns als einen Vertreter der Wissenschaft und des Geisteslebens, der früh schon die Anerkennung der Besten aller Kulturstaaten gewonnen hat und als tatkräftige Persönlichkeit noch eine lange Reihe wirkungsgeeegneter Jahre erhoffen läßt. Bei der jugendlichen Rüstigkeit, die ihn wie einen guten 50jährigen vor uns treten heißt, läßt sich mit vollem Gewissen der Wunsch nach einer unabsehbaren Jahresreihe voll fruchtbarer Ideen für die Wissenschaft und Menschheit zum 75. Geburtstag PAUL UNNAS aussprechen!

Digitized by Google

Die Feier von P. G. Unnas 75. Geburtstag.

Anläßlich seines 75. Geburtstages war Prof. P. G. Unna der Mittelpunkt zahlreicher Ehrungen.

Als die ersten Gratulanten waren am 8. September in früher Stunde in seinem Heim mit einem großen Blumenkorbe, unter Führung des Privatdozenten Dr. Habermann, die Assistenten der Universitätshautklinik erschienen, um die warmen Zeilen ihres derzeitigen, gerade verreisten Leiters, Prof. Mulzers, zu übermitteln. In den Vormittagsstunden versammelten sich dann viele Kollegen und Freunde. Umgeben von seiner Familie und inmitten wundervoller Blumenspenden empfing der Altmeister die Gratulationen. Oberregierungsrat Dr. v. Wrochem überbrachte ein von dem präsidierenden Bürgermeister Dr. Carl Petersen unterzeichnetes Glückwunschschreiben des Senats und die Wünsche der Hochschulbehörde, Prof. Weygandt überreichte eine von der Medizinischen Fakultät gestiftete Tabula gratulatoria mit einer Leben und Forschen des Gelehrten fein beleuchtenden Ansprache (vgl. S. 1748), Prof. Brauer sprach für das Eppendorfer Krankenhaus, Prof. Kümmell für den Ärztlichen Verein, von dessen Vorstand mit Kümmell die DDr. Reyn und Zipperling erschienen waren. Unna wurde die Ehrenmitgliedschaft des Hamburger Ärztlichen Vereins verliehen. Prof. Arning gratulierte für die Deutsche Dermatologische Gesellschaft, die eine Palme gesandt hatte. Prof. Wichmann stattete die guten Wünsche der Dermatologischen Gesellschaft von Hamburg-Altona ab, Prof. Lichtwitz solche der von Unna mitbegründeten biologischen Abteilung des Hamburger Ärztlichen Vereins. Prof. Delbanco sprach schließlich für Schriftleitung und Verlag der von Unna gegründeten Dermatologischen Wochenschrift und für die früheren und jetzigen Assistenten sowie für den über den ganzen Erdball zerstreuten Schülerkreis.

Der sonst so Wortgewandte vermochte vor Bewegung den einzelnen Rednern kaum zu danken. Dafür erfreute er am nächsten Tage in seinem Hause einen allerengsten Kreis durch eine Aufführung des C-dur-Quintettes von Schubert. In dem Bandlerquartett spielte der 75jährige die Cellostimme.

Möge der Hochbetagte seinem von biologischen und chemischen Studien ausgefüllten Otium cum dignitate, seiner von ihm über alles geliebten Familie und seiner in eigenem Streichquartett gepflegten klassischen Musik recht lange erhalten bleiben, genau so geistesfrisch und rüstig, wie er — still und fast unbemerkt — soeben die Anstrengungen der schönen Dresdner Dermatologentagung überstanden hat. D.

Versammlungen.

21. Kongreß der Società Italiana di Dermatologia e Venerologia.

Padua, 20. bis 23. Dezember 1924.

Vorsitzender: Cappelli-Turin. Sekretär: Montesano-Turin.

Bizzozero: **Experimentalkrebs der Haut.** Die externen Mittel, mittels derer es gelingt, bei geeigneten Tieren Karzinome zu erzeugen, können als hinreichende Ursache des Blastoms angesehen werden. Den Zeitpunkt des Überganges der Organismuszelle in Blastomelement kann man nicht mit Genauigkeit angeben, ebenso wie wir nicht bestimmen können, ob eine klinische Affektion sich im präkarzinomatösen oder schon im karzinomatösen Stadium befindet.

Truffi (Korreferent) berichtet über seine diesbezüglichen **Versuche an weißen Mäusen.** (Siehe Derm. W., Bd. 80, S. 426.)

Maccari-Siena: **Klinisch-histologischer Beitrag zum planen oberflächlichen Hautepitheliom.** Es ist ungewiß, ob es sich nicht in seinem Falle um Paget handelt.

Ersettig-Triest: Über einige **durch Radium geheilte Epitheliome.** Beschreibung der Technik, Vorweisung von Mikrophotographien, welche aber von Martinotti als für Epitheliome nicht beweisend erklärt werden.

Porcelli-Livorno: Über die **Behandlung der Hautkrebse mit der Methode von Ghilarducci.** Röntgentherapie mit variabler Filtration und verbunden mit Iontophorese. Beschreibung der Technik. Sehr gute, histologisch erwiesene Resultate.

Digitized by Google

Del Vivo-Genua: Fall von **Hautmyomen** bei einem 68jähr. Histologische Beschreibung und Statistik. Schlüsse: Die Hautmyome können rein oder gemischt, solitär, multipel, eruptiv oder extensiv sein. Ursache unbekannt. Sie sind benigen; exstirpiert rezidivieren sie nicht.

Cattaneo-Mailand: Fall von **Endotheliom der Haut.** Klinisch-histologischer Beitrag. Der Fall endete letal, trotz Amputation des betroffenen Beines. In histologischer Hinsicht trennt R. seinen Fall, den er als Hämoangioendothelioma auffaßt, von den Peritheliomen, Lymphangioendotheliomen, den Karzinomen und Sarkomen ab.

Breda-Padua: Fall von **Kraurosis vulvae und Karzinom der Klitorisgegend,** bei welchem nach 14 Jahren Sclerodermia guttata auftrat.

Vercellino-Turin: Fall von **Heilung einer Salvarsanerythrodermie und Exitus desselben Patienten** 2 Jahre später nach 3 Kalomelinjektionen. Autopsie ergab Nieren-, Herz- und Leberläsion.

Fiocco-Venedig: Neue Untersuchungen über die **epilierende Aktion des Thallium** und dessen praktische Anwendung bei Trichophytie. Auf Grund eigener Versuche stellte F. fest, daß, wie immer die Dosierung des Mittels (natürlich keine letale!) und wie immer die Applikationsweise ist, die Wirkung stets auf die Kopfhaare beschränkt ist. Als die optimale Dosis und Anwendungsweise hat sich die interne Gabe von 8 mg pro kg (in gezuckerter schleimiger Lösung) gezeigt. Der Ausfall beginnt nach 12 Tagen, ganz so wie bei Röntgen. Bei 100 so behandelten Kindern (6—8 mg pro kg, auf einmal genommen) nie üble Zufälle, außer in 3 Fällen, wo etwas Gliederschmerzen und Gewichtsverlust auftrat. Resultate: Sehr gute, vollständige Epilation, wie bei Röntgen mit normalem Nachwuchs. Die Methode ist geeignet, bei Fehlen eines Röntgenapparates diesen zu ersetzen.

Pasini-Mailand: **Dermatitis papillomatosa capillitii.** (Siehe Derm. W., Nr. 29, S. 1088.)

Martinotti-Bologna: Fall von **Hemisporose,** ein 3jähr. Kind betreffend; mikroskopischer und kultureller Nachweis von Hemispora stellata.

Fontana-Turin: Über die **Färbung der Mikroorganismen mit der Methode Fontana-Krantz.**

Mariani-Bari: **Neue Beobachtungen und experimentell erzeugte Reaktionen mit Lepramaterial vom Menschen.** a) Impfungen mit nichtvirulentem Lepramaterial.

b) Impfungen eines Nichtleprösen mit virulentem Lepramaterial (60jähr. inoperabler Karzinomkranker).

c) Impfungen mit nichtleprösem, nichtvirulentem oder virulentem Material.

Balbi-Catania: **Cholesterinämie bei Lepra,** bezüglich ihres Grades bei den verschiedenen Formen, dem Alter und der Schwere der Erkrankung und endlich rücksichtlich der Wirkung des Chaulmoograöles auf den Cholesteringehalt. Es wurden 14 Fälle untersucht. Schlüsse: Dem Cholesterin kommt eine antitoxische Bedeutung zu, und seine Bestimmung im Blute kann uns einen groben Schluß auf die Schwere des Falles gestatten.

Breda-Padua: An der Hand geschichtlicher, statistischer und kasuistischer Daten auf Grund eigener Beobachtungen an 68 Fällen gelangt B. zu dem Schlusse, daß die Lepra kontagiös ist.

Tarchini-Bologna: Über **Knochenläsionen bei Lepra anaesthetica.** Auf Grund radiologischer Untersuchungen bei einem einschlägigen Falle gelangt T. zu dem Schlusse, daß das Bild bei Knochenläsionen bei L. anaesth. sich deutlich von dem bei L. tub. unterscheide, indem bei letzterer die hyperplastischen, granulierenden und entzündlichen Formen überwiegen, während bei der ersteren die Knochenatrophie vorherrscht (Sudek).

Lombardo-Pisa: Untersuchungen über die **Ausscheidung des Bismut** mit dem Urin. L. beschreibt die angewendete und von ihm modifizierte Methode von Vanino und Ganassini sowie die zweite von Ganassini angegebene und von ihm ergänzte Methode.

Tommasi-Perugia: Über einige Befunde bei **Lymphogranuloma venereum.** Demonstration histologischer Präparate, in welchen T. die Gammaschen Körperchen fand.

Crosti-Mailand berichtet über mehrere Fälle von **akuten Geschwüren** auf weiblichen Genitalien, die sich von den Lipschützschen Fällen durch den bakteriologischen Befund unterscheiden, indem sich Bact. coli und im Blute Bact. paratyphi A fand. Bei einem anderen Falle fanden sich Strepto- und Staphylokokken.

Buquicchio-Turin: Klinisch-experimenteller Beitrag zur Kenntnis der **akuten nichtvenerischen Geschwüre** der äußeren weiblichen Genitalien (Ulcus vulvae acutum Lipschütz). Es gelang, mit dem Geschwürsmateriale bei anderen Frauen auf den Armen

Digitized by Google

und Hüften identische Geschwüre zu erzeugen. Bei einem anderen Falle kam es zu einer Drüsenvereiterung wie bei Lymphogranuloma inguinale.

Copelli-Parma berichtet über seine **atoxische antiblennorrhoische Vakzine** (1248 Fälle). Sehr gute Erfolge bei den verschiedenen Formen.

Murero-Bologna: Über mehrere Fälle von **Arthritis blennorrhoica** bei Kindern.

Gnocchi-Pavia: Die **Komplementablenkungsreaktion bei Blennorrhoe.** Es wurden im ganzen 267 Fälle beiderlei Geschlechts untersucht, und zwar sämtliche Formen. Im allgemeinen Bestätigung der Befunde früherer Verfasser. Schlüsse: Die Komplementablenkungsreaktion bei Blennorrhoe ist hochspezifisch und hat diagnostischen Wert. Endoven. Anwendung von Gonokokkenvakzinen beeinflussen fast stets die Fixation des Komplementes.

Levi Italo-Triest: Gute Erfolge mit **Reargon** bei 39 Fällen.

Gaviati-Spezia: Sehr gute Erfolge mit **Reargon** bei 43 Fällen.

Freund-Triest berichtet über eine bisher noch nicht beschriebene **kongenitale Haaranomalie** bei einem etwa 2jähr. Mädchen, welche in einer hochgradigen Trockenheit, bandartiger Beschaffenheit der Kopfhaare besteht, welche sämtlich — auch die Augenbrauen — um ihre Achse gedreht und gespalten sind. Trichorrhexis, Monilethrix ausgeschlossen. Bemerkenswert das Vorhandensein von Lichen pilaris bei Pat. und deren Mutter.

Murero-Udine: Abwechselnder **Ausfall und Wiederwachsen der Haare** auf derselben Stelle nach Radioepilation. M. nimmt endokrine Ursachen an.

Pozzo-Udine: Fall von **Mycosis fungoides.** Am Schlusse einer intensiven Behandlung mit Arsenobenzolen und X-Strahlen kommt es zu einer desquamierenden Erythrodermie der Zunge und des Gaumens bei steigender Kachexie.

Majocchi-Bologna: **Erythrodermie und Purpura** nach der ersten Injektion von 0,10 von Neosalvarsan. Exitus. Der Fall betrifft eine 39jähr., welcher wegen manifester Sekundärsyphilis unter allen Kautelen 0,1 Neosalvarsan endovenös eingespritzt worden war und welche 2 Stunden darauf wiederholt ohnmächtig wurde. Einige Tage später Erythem, später Hämorrhagien aus der Nase; von seiten der Haut Erythrodermie. Aufnahme in die Klinik. 22 Tage nach der Injektion daselbst Exitus. Sektion: Hauptbefund; präexistierende Nephritis, fettige Degeneration der Leber. M. schreibt den ungünstigen Ausgang einer Salvarsanintoxikation bei präexistierender Nieren- und Lebererkrankung zu.

Bizzozero-Turin: **Über Gitterfasern bei Syphilis, Hauttuberkulose und Lepra.**

Scomazzoni-Mailand: Die **K-Ca-Befunde im Blute** bei einigen Dermatosen. Schlüsse: Bei akutem und chronischem Ekzem ist das K-Ca-Verhältnis (normaliter 2:1) fast stets zugunsten des Ca verschoben. Bei Abheilen des akuten Ekzems Zurückkehren zur Norm, bei jener des chronischen Umkehrung des Verhältnisses. Ähnlich sind die Verhältnisse bei Psoriasis, Lymphoderma, Pemphigus, Duhring, Erythrodermie, essentiellem Pruritus, Lichen planus, Parapsoriasis. Eine Kalziumtherapie bei Ekzem ist daher wissenschaftlich nicht begründet.

Cappelli-Turin: C. berichtet über seine weiteren Untersuchungen anscheinend gesunder Haut von an **Lupus vulg., L. eryth., Pyodermitis diff.** Erkrankten, ferner bei geheilter Lues. Befunde: Bei demselben Individuum und in derselben Hautpartie finden sich im Derma sehr wenige und daneben sehr viele zellige Elemente. Insbesondere ist dies der Fall bei Hauttuberkulose, wo es in den Papillen, in der Umgebung der kleinen Gefäße der oberen Dermaschicht und in der Umgebung der Follikel zu wahren Verdichtungsherden kommt. Schwankungen des normalen Verhaltens oder pathologischer Befund? Die genannten Befunde wurden besonders bei jungen Individuen und bei diffuser Tuberkulose erhoben, wo Ponndorf die besten Resultate gegeben hatte. Handelt es sich also um lokale histo-immunitäre Reaktionen?

Pollacci-Siena: Neue Beobachtungen über den **Entwicklungszyklus beim Genus Trichophyton, Achorion, Mikrosporon** und über ihre Beziehungen zu saprophytischen Formen. Bericht über die im Institut des Redners bezüglich des saprophytischen Vorkommens oben genannter Pilze gemachten Studien.

Mariani-Bari: Über **Melanoblasten und über den Pyrrholinursprung des Hautpigmentes (Melanin).**

Bernucci-Turin: **Kapillaroskopie** bei normalen, pathologischen und experimentellen Bedingungen. Beschreibung der Technik und der Befunde rücksichtlich Klinik, der Norm und verschiedener, durch einige therapeutische Maßnahmen geschaffener abnormer Bedingungen. Tierversuche.

Digitized by Google

Fiocco-Venedig: Seltene Varietät von pseudoviolettem (schiefersteingrauem) **Trichophyton.**

A. Radaeli-Genua: Über **immunitäre Phänomene bei Trichophytie.** R. hat sämtliche innerhalb eines Jahres beobachtete Fälle von Trichophytie in folgender Hinsicht untersucht: 1. bezüglich des Grades der Spezifität der Intrakutanreaktionen mit Trichophytin (125 Fälle); 2. bezüglich der Alterationen der inneren Organe und des Blutes bei tiefer Trichophytie vor und nach den Injektionen von Trichophytin; 3. bezüglich der Komplementablenkung; 4. bezüglich des therapeutischen Effektes des Trichophytins. Schließlich bespricht R. einige Fälle von Trichophytiden.

Ambrosoli-Mailand: Über **Lichen trichophyticus** bei drei an Kerion Celsi (durch Tr. rosaceum) leidenden Brüdern. Histologische Untersuchungen.

Masia-Turin: Über neue **experimentelle Untersuchungen** zwecks Studiums der Trichophytide.

Mucci-Rom: Über einen Fall von **Oidiomykose der Haut** mit letalem Ausgange infolge Darminfektion durch den Pilz.

Lombardo: **Dermatomykosen** durch Endo- und Saccharomyces albicans.

Falchi-Pavia: Fall von **Onychomykose** durch Hemispora stellata.

Masia-Turin: Fall von **Glossitis chron. figurata superficialis** mit kulturellem Nachweis von Nocardia lingualis. Kausaler Zusammenhang der Affektion mit dem Pilze ungewiß.

Mibelli-Florenz: a) **Kopfhautmikrosporie** durch M. lanosum.

b) Über einen ungewöhnlichen histologischen Befund bei einem Falle von **Porokeratosis.**

Tarchini-Bologna: Über eine Initialform von **Scabies norvegica.**

Cavina-Bologna: Plastischer chirurgischer Verschluß von **Gaumendefekten** nach Lues.

Truffi: 4 Fälle von **Leishmaniosis der Haut.**

Buquicchio-Turin: Über **Kutivakzination nach Ponndorf** bei einigen Fällen von Hauttuberkulose, teils durch Skarifikationen, teils intern, teils in Salbenform. Die Beobachtung noch nicht abgeschlossen.

Artom-Alessandria: Über den **prognostischen Wert der Thermostabilität und -labilität** der luetischen Reagine im Liquor bei 2 Fällen von progressiver Paralyse. Bezüglich ersterer ist in prognostischer Hinsicht kein Verlaß. Der Wert der letzteren zeigt sich bei der aspezifischen WR.

Tedeschi-Bologna: Über das Verhalten der **Senkungsgeschwindigkeit im Blute der Syphilitischen** (56 Fälle). Schluß: Die Reaktion ist weder spezifisch, noch hat sie einen diagnostischen oder prognostischen Wert für Lues.

Venturi-Florenz: Über die **ersten Beobachtungen bei der Σ-Reaktion.** Beschreibung der Technik.

Mariotti-Neapel: Experimenteller **Beitrag zum Mechanismus der WR** und über ihren klinischen Wert. Hauptschlußfolgerung: Auch bei anscheinender Symptomlosigkeit muß ein Luetiker mit persistenter positiver WR chronisch intermittierend behandelt werden.

Tommasi-Perugia: Die **Heilung der Syphilis.** Schlußsätze: 1. Es gibt kein klinisches oder Laboratoriumsdatum, mit dessen Hilfe man mit Sicherheit bei den einzelnen Fällen eine Heilung der Syphilis feststellen kann. 2. Die Syphilis ist heilbar. 3. Die Spontanheilung der Syphilis ist selten. 4. Die Diagnose der Heilung der Syphilis ist nur eine klinische Wahrscheinlichkeitsdiagnose.

Piccardi-Turin ist auf Grund seiner äußerst reichen Statistiken über eigene Kuren mit Arsenobenzolpräparaten der Ansicht, daß die Anwendung dieser mit größter Wahrscheinlichkeit die Heilung der Syphilis gewährleiste.

Mibelli-Florenz: Bericht über eigene gelungene Abortivkuren.

De Favento-Triest: Auf Grund seiner Erfahrungen glaubt de F. an die Heilbarkeit der Syphilis, wofür ihm seine vielen gelungenen Abortivkuren, einige Reinfektionen, jahrelange Symptomlosigkeit, gesunde Kinder von ihm behandelter Luetiker als ein Beweis dienen.

Leidi-Brescia: Bericht über **25 gelungene Abortivkuren.**

Mariotti-Neapel berichtet über **3 Primärfälle,** die er in den Jahren 1910—1912 mit einer eigenen lokalen und allgemeinen Hg-Zyanatkur abortiv behandelt hatte und die nach anscheinender 6—9jähr. Symptomlosigkeit (WR stets negativ) sich als nicht geheilt erwiesen.

Digitized by Google

Cappelli-Turin: Über **experimentelle Superinfektion mit Syphilis.** C. hat bei einigen manifesten Sekundärluetikern Hautimpfungen mit autogenem und exogenem Virus vorgenommen, wobei er die Resultate vorhergehender Verff. bestätigte, bis auf einen Fall, wo bei einem Sekundärluetiker die Impfung mit Papelmaterial von einem anderen Luetiker ein gummaartiges Geschwür ergab. Bei einer wassermann-negativen alten Luetikerin kam es auf Impfung mit exogenem Virus zu einem typischen Gummageschwür.

Crosti-Mailand: Über **Glykämie bei Syphilis.** C. untersuchte 100 Fälle, besonders des Sekundärstadiums, mit der Mikromethode von Bang.

Bernucci-Turin: Über einen Fall akuter luetischer **Paraplegie** mit letalem Ausgang.

Tommasi-Perugia: Über 2 Fälle von Beziehungen zwischen **Syphilis und Trauma.**

Pozzo-Udine: Über narbige **Knoten, Verhärtungen, Vaselinome und Gummen** an Stellen von Injektionen von unlöslichen Hg-Präparaten.

Falchi-Pavia: **Behandlungsresultate mit Bi-Präparaten bei Nervenlues.**

Brisotto-Rom: Über die **Behandlung der Syphilis des inneren Ohres** bei 40 Fällen.

Artom-Alessandria: Über **nitritoide Krisen bei Sympathikotonikern.** Schlußsätze: Die nitritoiden Krisen sind durch die Einwirkung der Arsenobenzole auf das vegetative Nervensystem bedingt, und zwar meist durch Vagusreizung und konsekutives Überwiegen des Tonus desselben über den des Sympathikus. Die nitritoide Krise kann aber auch bei Hypersympathikotonikern auftreten.

Bertaccini-Genua: Untersuchungen über die Beziehungen zwischen den **endokrino-sympathischen Störungen und einigen Hautkrankheiten.**

Meineri-Turin: Über den **pathogenetischen Wert der Störungen des vegetativen Nervensystems** bei einigen Hautkrankheiten. Es wurden 30 Fälle mit den üblichen pharmako-dynamischen Proben geprüft. Resultate im allgemeinen nicht entscheidend.

Monacelli-Rom: Über familiäre **Onychatrophie** endokrinen Ursprungs. Gute Erfolge mit Opotherapie.

Flarer-Pavia: Untersuchungen über das **endokrino-sympathische System** bei einigen Fällen von Vitiligo.

Freund-Triest berichtet über eine kleine Epidemie von **Getreidekrätze,** bei welcher er Pediculoides ventriculos nachwies.

Ramazzotti-Mailand: Über symmetrische ichthyotische partielle **Hyperkeratosen.**

Mucci-Rom: **Epidermophytien der Hohlhand** mit trockenem dyshidrotischem Typus. Der Fall beweist, daß 1. das Epidermophyton sich primär in der Hohlhand lokalisiert, was bei der Differentialdiagnose große Schwierigkeiten bieten kann; 2. daß das E.-trichophytie-ähnliche Onychomykosen erzeugen kann; 3. daß die Dyshidrose keine Entität für sich bedeute, sondern ein Syndrom verschiedener Noxen sei, z. B. von Mykosen, chemischen Reizen usw.

De Bella: **Formeln für injizierbare Bi-Präparate.** Angabe einiger **Rezepte für ökonomische Bi-Therapie.**

Tirelli-Mailand: Über neue **biologische Begriffe in der Bi-Therapie.**

Palvarini-Bologna: Fall von **Sarcoma Kaposi.**

De Giacomo-Padua: Fall von **multiplen Xanthomen.**

Rossi-Padua: **Exkreszenzen am Thorax als Ausgang nach Zoster.** Die histologische Untersuchung ergibt papillomatöse Wucherungen mit Degenerationszonen. R. nimmt den durch den Zoster gesetzten Reiz als Ursache der Wucherung an.

E. Freund-Triest.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Annales des Maladies Vénériennes.

1925, Jahrg. 50, Nr. 6.

Contribution à l'étude du traitement de la syphilis et du controle céphalo-rachidien (Beitrag zur Behandlung der Syphilis und zur Kontrolle des Liquors cerebrospinalis), von R. Bernard und G. Ruelle-Brüssel. S. 401. An einem großen Material,

Digitized by Google

das alljährlich regelmäßig durchuntersucht wurde, fanden Verff., daß diejenigen Fälle, die sofort nach Auftreten des Primäraffektes, ohne Sekundärerscheinungen, behandelt worden waren, später öfter einen pathologischen Liquorbefund darboten als diejenigen Kranken, bei denen die Behandlung erst einsetzte nach Auftreten des sekundären Exanthems. Was den Einfluß der verschiedenen Behandlungsarten auf den Liquor anlangt, so scheint das Traitement mixte (As und Hg) im Vergleich zu der alleinigen Salvarsanbehandlung die weitaus günstigeren Resultaten zu geben. Ob das Wismut imstande ist, das Quecksilber zu ersetzen, erscheint ungewiß. Vielleicht wäre die Vereinigung von As, Hg und Bi das Aussichtsreichste. In 200 Fällen wurde der Liquor nach Targowla untersucht; dabei erwies sich diese Reaktion als außerordentlich zuverlässig bei einfacherer Technik als der Wassermann.

La culture du sperme et l'auto-vaccination dans le diagnostic et le traitement de la blennorrhagie chronique (Die Spermakultur und die Autovakzination bei der Diagnose und Behandlung des chronischen Trippers), von B. Valvèrde-Rio de Janeiro. S. 427. Das Verfahren mag ein Hilfsmittel bei der Behandlung des Trippers sein; ein Heilmittel ist es nicht. Im Gegensatz zu anderen hält Verf. seinen Wert sowohl bei der Diagnose als auch bei der Therapie für recht beschränkt. Den Nachteilen (Schwierigkeit, das Sperma zu erhalten, teuerer Preis der Vakzine, intensive Allgemeinreaktion, starke Reizung der Harnröhre) stehen allerdings auch gewisse Vorteile (schnelle Beeinflussung der Prostata und der Samenblasen, Klärung des Urins, Verminderung der Fäden) gegenüber.

Chancre syphilitique de la fossa sus-épineuse (Syphilitischer Schanker der Fossa infraspinata), von L. Danel-Lille. S. 442. Mitteilung eines Falles von seltenem Sitz eines Primäraffektes, bei dem die Diagnose, abgesehen von der Lokalisation, noch dadurch Schwierigkeiten machte, daß das Ulkus inmitten von ausgedehnten Akneefloreszenzen entstanden war, so daß es zunächst als außergewöhnlich große Aknepustel imponieren konnte. Auffallend war nur seine im Vergleich zur Umgebung etwas dunklere Färbung und die Infiltration der Nachbarschaft. Eine vergrößerte, unempfindliche Drüse am äußeren Rande des Trapezius verstärkte den Verdacht auf Lues, deren Diagnose dann endgültig durch den Nachweis von Spirochäten gesichert wurde.

1925, Jahrg. 50, Nr. 7.

Ictère syphilitique pré-humoral (Syphilitischer Ikterus in der noch seronegativen Phase), von F. Sarateanu und M. Blumental, Derm. Kl. Bukarest. S. 481. Im Gegensatz zu den häufigen „sekundären Ikteri" handelt es sich hier um den seltenen Fall, wo die Gelbsucht 5 Tage nach dem Primäraffekt, 21 Tage vor dem Positivwerden des Wassermanns und 4 Wochen vor den Sekundärerscheinungen aufgetreten ist. Eine Lebererkrankung war nicht vorangegangen; das schnelle Verschwinden des Ikterus auf Neosalvarsan bestätigte seinen syphilitischen Charakter. Interessant ist, daß der Wassermann etwas verzögert war, während die Sekundärerscheinungen früher als sonst aufgetreten sind.

La lutte contre les maladies vénériennes dans l'union des Républiques soviétiques socialistes (Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in den Sowjetstaaten), von S. Bagotzky-Bern. S. 489. Wie überall, brachte auch in Rußland der Krieg ein ungeheures Anwachsen der Geschlechtskrankheiten. Dank der energischen Bekämpfung durch den Staat gelang es, die Morbiditätsziffer in den letzten 6 Jahren erheblich herabzudrücken. Trotzdem es zunächst an den notwendigsten Mitteln und auch an einer genügenden Anzahl von Spezialisten fehlte, gelang es nach Überwindung aller möglichen Schwierigkeiten, großzügig angelegte Ambulatorien einzurichten, die den Kampf mit Erfolg aufnahmen. Ihnen oblag nicht nur die Behandlung des einzelnen Erkrankten, sondern auch seine Familie wurde aufgesucht und durchuntersucht; umfassende Aufklärung der Bevölkerung durch Wort und Schrift unter Zuhilfenahme von Theater und Film weckte das Verständnis für die Wichtigkeit der Sache in weiten Schichten der Bevölkerung. Die medizinische Bekämpfung wurde unterstützt durch soziale gesetzgeberische Maßnahmen, deren Ziel der erhöhte Schutz der Frau ist: juristische Gleichstellung der Frau, Abschaffung des Begriffs der „unehelichen Kinder", Schutz der Kinder, die nicht durch ihre Eltern unterhalten werden können, Einrichtungen, die Frau wirtschaftlich unabhängiger zu machen und sicherzustellen; endlich wäre zu nennen die Bekämpfung der Prostitution und hier besonders das energische Vorgehen gegen diejenigen, die indirekt von ihr leben.

Digitized by Google

Action tonique du bismuth (Tonisierende Wirkung des Wismuts), von G. Belgodère. S. 504. Wie man es früher auch beim Quecksilber sah, beobachtete Verf. beim Wismut eine anregende Wirkung auf das Allgemeinbefinden des Kranken, insbesondere bei Leuten, die körperlich stark abgenommen hatten. Hier trat nach einer Wismutkur oft eine auffallende Gewichtszunahme ein.

Hérédo-syphilis latente éveillée et revélée par la grossesse (Durch die Schwangerschaft florid gewordene latente hereditäre Syphilis), von Récamier. S. 515. Beobachtung von 4 Frauen, die bis zur Geburt ihres Kindes vollkommen gesund waren. Keine Fehlgeburten, keine Zeichen hereditärer Lues. Mit dem Wochenbett ändert sich das Bild: Kopfschmerzen treten auf; das Gedächtnis verschlechtert sich, bis zu Wahnideen sich steigernde Verstimmungen machen sich bemerkbar. Der nun gemachte Wassermann ist positiv, der Liquor wurde nicht untersucht. Gemeinsam war weiter, daß bei allen Frauen der Gatte gesund war; dagegen waren sämtliche Väter luetisch erkrankt. Es handelt sich hier wohl nicht um eine luetische Meningitis, sondern vielmehr um einen spezifischen puriglandulären Symptomenkomplex. F. Landauer-Berlin.

The Urologic and Cutaneous Review.

Juni 1925, Bd. 29, Nr. 6.

The Significance of the Composition and the Method of Administration of Specific Antiluetics in the Therapeutic Action of these Drugs (Die Bedeutung der Zusammensetzung und der Methode der Anwendung spezifischer Antiluetika für die therapeutische Wirkung dieser Mittel), von K. Ullmann-Wien. S. 319—330. Bei den verschiedenen Mitteln ist die Natur der Wirkung abhängig von dem Grad der Lösung und deren Art, ob isotonisch oder anisotonisch, alkalisch oder sauer, der physikalischen Eigenschaft der Verbindungen, der Methode der Anwendung (endermatisch, intrakutan, parenteral, intravenös, rektal, intraperitoneal, intern). Jedes Mittel bedarf seines besonders geeigneten Anwendungsweges.

Spinal Fluid Pressure in Acute Luetic Meningitis (Druck der Lumbalflüssigkeit bei akuter syphilitischer Meningitis), von Ch. E. Allen-Albany, N. Y. S. 330—331. Der Druck der Lumbalflüssigkeit ist stets stark vermehrt und bleibt nach Schwinden aller klinischen Erscheinungen über normal.

Acute Cystitis (Akute Zystitis), von A. Barnett-Louisville, Kentucky. S. 331—332. Ätiologie, Symptomatologie, Therapie.

Chronic Cystitis (Chronische Zystitis), von St. C. McCoy-Louisville, Kentucky. S. 332—334. Ätiologie, Pathologie, Symptome, Diagnose, Behandlung.

Tuberculous Cystitis (Tuberkulöse Zystitis), von H. J. Farbach-Louisville, Kentucky. S. 334—336. Kurzer Überblick.

Remarks on Cystitis (Bemerkungen über Zystitis), von E. R. Palmer-Louisville, Kentucky. S. 336—337. Bedeutung des Trigonums für das Haften von Krankheitserregern, besonders bei Tuberkulose.

The Treatment of Trichophyton Infection with Long-Wave Light Rays (Die Behandlung der Trichophyton-Infektion mit langwelligen Strahlen), von E. Ahlswede-Buffalo, N. Y. S. 337—339. Empfehlung der Methode (in Kombination mit anderen Maßnahmen). besonders in Form der Neonlampe.

Case Histories in Dermatology (Dermatologie an der Hand von Fällen), von J. Harper Blaisdell-Boston, Mass. S. 339—347. (Fortsetzung.) Naevus pigmentosus. Naevus vascularis. Lymphangioma circumscriptum. Epitheliom. Lupus vulgaris. Tuberculosis verrucosa cutis. (Fortsetzung folgt.)

Juli 1925, Bd. 29, Nr. 7.

A Contribution to the Technique of the Electrocoagulation of Vesical Tumors (Beitrag zur Technik der Elektrokoagulation von Blasengeschwülsten), von G. Kolischer und A. E. Jones-Chicago, Ill. S. 383—384. Einen großen Fortschritt bedeuten die regulierbaren Diathermieapparate. Liegt Verdacht einer malignen Neubildung vor, so soll die Koagulation durch eine suprapubische Zystotomiewunde vorgenommen werden. Sind mehrfache Sitzungen erforderlich, so ist von Lumbalanästhesie Abstand zu nehmen.

Some Pre-Operative Factors Influencing the Mortality of Prostatectomy (Einige präoperative, die Mortalität der Prostatektomie beeinflussende Faktoren), von J. E. Hall-Nashville, Tenn. S. 384—387. Nichts Besonderes.

Digitized by Google

Perinephritic Abscess in Children (Perinephritische Abszesse bei Kindern), von W. S. Pugh-New York. S. 387—389. Perinephritische Abszesse, besonders metastatischer Natur, sind häufiger als im allgemeinen angenommen. Anamnestisch nachgewiesene Infektion und Schmerzen am Angulus costo-vertebralis sind verdächtig. Wenn möglich eingehende urologische Untersuchung. In Zweifelsfällen ist exploratorische Operation indiziert.

Foreign Bodies in the Urinary Bladder (Fremdkörper in der Harnblase), von J. A. Hawkins. S. 389—390. Mehrere Fälle. Für die Untersuchung der suprapubisch eröffneten Blase ist das Cuscosche Spekulum besonders geeignet, zur Erweiterung der inneren Harnröhrenmündung das Uterusdilatatorium von Gooddel.

Referred Kidney Pain (Reflektorische Nierenschmerzen), von J. Steinberg-Los Angeles, Kal. S. 390—392. Einseitige Beschwerden können bei Erkrankung der anderen Seite vorkommen. Es ist stets eingehende zystoskopische und Röntgenuntersuchung erforderlich.

Cryotherapy. Instrumentation, Indications, Applications (Kohlensäureschneebehandlung. Instrumentarium, Indikationen, Anwendung), von M. Vignat-Paris. S. 392 bis 396. Die Kryotherapie kann die Röntgen- und Radiumbehandlung ersetzen, denen sie überlegen ist; sie ist frei von den ihnen anhaftenden Gefahren, kann sogar die durch sie verursachten Schädigungen (Radiodermatitis, Pigmentierungen, Teleangieaktasien) beseitigen. Beschreibung der Apparatur. Die Methode gibt kaum sichtbare Narben, bei Keloiden überhaupt keine, ist daher für diese die beste Methode. Indiziert bei Angiomen, Naevi vasculari, Pigmentnävi, Lupus vulgaris und erythematosus, oberflächlichen baso-zellulären Epitheliomen, Keloiden, Warzen, Leukoplakie, Metritis cervicalis. Dosierung für die einzelnen Erkrankungen.

The Treatment of Chronic Anterior Urethritis. By the Application of Ointments to the Urethra. With Description of a New Instrument for their Application (Die Behandlung der chronischen Urethritis anterior mit Salben; mit Beschreibung eines neuen Instrumentes zu ihrer Anwendung), von A. Charles-Dublin. S. 396—398.

Gonococcal Conjunctivitis (Conjunctivitis blennorrhoica), von G. P. Beutel-Louisville, Kentucky. S. 398—400. Nichts Besonderes.

Hepatic Syphilis (Lebersyphilis), von P. F. Stookey-Kansas City, Mo. S. 400—401. Bei Sektionen findet sich Syphilis des Herzens und der Aorta in Verbindung mit hypertrophischer Leberzirrhose ohne histologischen, für Syphilis charakteristischen Befund so häufig, daß es sich nicht um ein zufälliges Zusammentreffen handeln kann. Die Erfolge der antisyphilitischen Behandlung bei syphilitischer Leberzirrhose sind keine besonderen. Die Anwendung von Arsenpräparaten ist kontraindiziert.

Spinal Test in Syphilis (Die Untersuchung der Lumbalflüssigkeit bei Syphilis), von N. L. Rosenberg-Pittsburgh, Pa. S. 401—403. Negative WR ist kein genügender Anhaltspunkt für Wirksamkeit einer Kur; sie muß durch Lumbalpunktion ergänzt werden, Pathologische Befunde in dieser bieten nur in früheren Stadien Aussicht auf therapeutische Beeinflussung.

The Use of Pooled Arsphenaminized Serum in the Treatment of Paresis (Die Anwendung eines salvarsanisierten Stammserums bei der Behandlung der Paralyse), von J. G. Marthens-Dayton, Ohio. S. 403—405. Durch die als einzig geeignet erprobte kombinierte intravenöse und intraspinale Behandlung wurde bei Paralytikern das Leben verlängert und die psychischen Funktionen wesentlich gebessert. Für die intraspinale Behandlung wird ein Serum benutzt, das von 20—25 mit Salvarsan behandelten Pat. eine halbe Stunde nach der Behandlung entnommen, untereinandergemischt und mit weiterem Salvarsan verstärkt wird. Die Methode, die von jedem Arzt leicht angewendet werden kann, ist der Behandlung mit autogenem Serum überlegen. Die Resistenz des Körpers wird dadurch gestärkt (Fremdkörpertherapie).

Epithelioma of Lower Lip: Syphilis: Case Report (Epitheliom der Unterlippe: Syphilis: Bericht eines Falles), von Wm. J. Young-Louisville, Kentucky. S. 406. Die indurierte Ulzeration der Unterlippe wurde zunächst für Syphilis gehalten, obwohl Spirochäten nicht nachweisbar waren, jedoch die WR stark positiv ausfiel. Nach erfolgloser Salvarsanbehandlung ausgeführte Probeexzision ergab Kankroid. Heilung durch Radium.

Set a Thief to Catch a Thief (Man soll den Teufel mit Beelzebub austreiben), von H. Goodman-New York. S. 406—408. Fieber- und Malariabehandlung der Paralyse. Die Tatsache, daß in den Tropen trotz ausgedehnter Verbreitung der Syphilis Erkrankungen des Nervensystems selten sind, kann auf eine natürliche Malariabehandlung be-

Digitized by Google

zogen werden, da dort kaum jemand dieser Krankheit entgeht. Es könnte sich jedoch auch um eine Transmutation der die Framboesie erregenden Spirochäte zu der der Syphilis handeln, da die Framboesie zwar in vieler Beziehung der Syphilis gleicht, jedoch nicht zu Komplikationen des Nervensystems führt. Man könnte daran denken, daß die Symbiose von Spirochäte und Malariaplasmodium in den Tropen zu Yaws oder Framboesie, erstere allein in der übrigen Welt zu Syphilis geführt hat. Bei den Remissionen der Paralytiker nach Malariabehandlung muß an die spontanen Remissionen gedacht werden.

Case Histories in Dermatology (Dermatologie an der Hand von Fällen), von J. H. Blaisdell-Boston, Mass. S. 408—416. (Fortsetzung.) Erythema induratum. Lupus erythematosus. Mycosis fungoides. Pruritus hiemalis. Pruritus ani. Hypertrichosis. (Fortsetzung folgt.)

August 1925, Bd. 29, Nr. 8.

Recent Clinical Studies in Urology (Neue klinische Studien in der Urologie), von G. L. Hunner-Baltimore, Md. S. 447—457. Die bei den verschiedensten Affektionen des Harntraktes außerordentlich häufig ätiologisch in Betracht kommenden Harnleiterstrikturen werden in ihrer Bedeutung und Behandlung dargelegt.

A Review of the Subject of Stenosis of the Neck of the Bladder (Übersicht über die Stenose des Blasenhalses), von C. H. Chetwood-New York. S. 457—459. Überblick über die ätiologischen Grundlagen der Affektion und die Operationsmethoden.

The Influence of Scopolamine-Morphine Narcosis on Renal Function (Der Einfluß der Skopolamin-Morphiumnarkose auf die Nierenfunktion), von R. W. Barnes-Los Angeles, Kal. S. 459—462. Skopolamin-Morphiumnarkose ist für die Mehrzahl der Fälle am geeignetsten zur Erzeugung der Analgesie bei der Zystoskopie. Bei der Prüfung der Nierenfunktion wird die Ausscheidung des Phenolsulfonaphthaleins dadurch kaum verändert; bei einer Serie von 25 Fällen zeigte sich eine Differenz von nur 3.9%.

Some Problems in the Treatment of Gonorrheal Spermatocystitis (Einige Probleme bei der Behandlung der blennorrhoischen Spermatozystitis), von N. E. Aronstam-Detroit, Mich. S. 462—465. Tripper ist die häufigste Ursache der Spermatozystitis; es handelt sich stets um eine Ausbreitung von unten her. Überblick über die Erscheinungen im akuten und chronischen Stadium. In ersterem kommen wesentlich die Harndesinfizientien in Betracht. Im chronischen Stadium ist die Prognose zweifelhaft. Aufzählung der Behandlungsmethoden. Am empfehlenswertesten medikamentöse Sonden und Massage der Samenblasen. Als letztes Hilfsmittel kommt Vasotomie in Betracht, deren Nutzen jedoch nicht sicher ist.

Is Our Syphilis Therapy Correct or Incorrect (Ist unsere Syphilisbehandlung richtig oder falsch?), von O. W. Pick-Teplitz-Schönau. S. 465—472. In der Zeit von der symptomatischen über die intermittierende zu der modernen Salvarsanbehandlung hat sich ein auffallender Wechsel in der Erscheinungsform der Syphilis herausgestellt, indem sekundäre und tertiäre Hauterscheinungen wesentlich seltener beobachtet werden, während Erkrankungen des Nerven- und Gefäßsystems mehr in den Vordergrund getreten sind. Gegenüber dieser Erscheinungsform in den zivilisierten Ländern steht eine andere, in von der Zivilisation noch weniger durchdrungenen Ländern (z. B. Bosnien), die endemische, bei der sich gummöse Formen, jedoch nicht die sogenannte Metalues findet. Sie gleicht der Form der Syphilis in exotischen Ländern, und es werden für die Unterschiede von der bei uns jetzt heimischen Verschiedenheiten des Virus angeschuldigt, ohne daß jedoch erklärt wäre, warum das neurotrope Virus jetzt vorwiegt. Die Tatsache, daß bei Nerven- und Gefäßsyphilis eine Überschwemmung mit Spirochäten besteht, die Gewebe nur einfache entzündliche Reaktion zeigen, bei Gummen demgegenüber spärliche Spirochäten aber reichliche Entwicklung spezifischen Granulationsgewebes, läßt den Schluß zu, daß beim Tertiarismus das Ergebnis der Syphilis eine Allergie, bei der Metalues eine Anergie ist. Diese ist eine Folge der heutigen Therapie, die die Bildung von Allerginen mehr hindert, als es beim Quecksilber der Fall war. Deshalb soll die Behandlung nur nach den nachweisbaren Symptomen sich richten; eine positive WR im Blut oder Liquor ist allein keine Indikation für Fortsetzung der Behandlung, da sie nicht als Symptom der Syphilis gelten kann und ihr prognostischer Wert zweifelhaft ist. Verf. behandelt Frühfälle abortiv mit zwei Salvarsankuren, späte Frühfälle zunächst nur örtlich bis zum Auftreten der Allgemeinerscheinungen. Bei sekundärer Syphilis Quecksilbereinreibungen in beschränkter Zahl, bei Schleimhauterscheinungen und Kondylomen Salvarsaneinspritzungen (höchstens drei), dann diätetische Behandlung. Diese auch bei Serorezidiven zwecks Anregung zur Bildung von Schutzkörpern, besonders Allerginen:

Digitized by Google

Schwitzen, Abreibungen der Haut mit reizenden Substanzen, milde Abführmittel, event. Sarsaparilla.

The Relation of Dancing to Sexual Emotion (Die Beziehungen des Tanzes zu den Geschlechtserregungen), von E. Podolsky-Brooklyn, N. Y. S. 472—474. Der Tanz hat von jeher der Erregung der Sinnlichkeit gedient. Sein sexueller Charakter wird in den Tänzen zahlreicher Völker nachgewiesen. In den modernen Tänzen kommt er besonders zum Ausdruck.

Case Histories in Dermatology (Dermatologie an der Hand von Fällen), von J. H. Blaisdell-Boston, Mass. (Fortsetzung.) S. 474—477. Alopecia areata. Alopecia praematura. Trichotillomanie. E. Levin-Berlin.

Bücherbesprechungen.

La syphilis héréditaire de seconde génération (Die kongenitale Syphilis der Enkelkinder), von G. Higoemenakis. (Verlag Maloine & Fils, Paris.) In 13 Fällen eigener Beobachtung wird eingehend dargelegt, daß die kongenitale Syphilis auch noch in der zweiten Generation gar nicht so selten charakteristische Veränderungen hervorruft, die sich meist als Stigmata oder Dystrophien äußern; diese seien immer durch vorhandene oder vorhanden gewesene Spirochäten bedingt. Dabei ist es wohl möglich, daß in der ersten Generation die Erbsyphilis latent bleibt. Bei der Übertragung vom kongenitalsyphilitischen Vater weist die Mutter keinerlei Erscheinungen auf; nur der Wassermann kann positiv sein. Bei den kongenitalsyphilitischen Kindern ist selbst bei Auftreten von Hemiplegien oder sonstigen direkt syphilitischen Veränderungen der Wassermann durchaus nicht immer positiv. Die klinischen Erscheinungen decken sich, ebenso wie die Therapie, mit der der kongenitalen Syphilis der ersten Generation. In entsprechenden Fällen ist darauf zu achten, daß die spezifische Behandlung durch Organotherapie ergänzt wird, da die kongenitale Syphilis sehr häufig die Drüsen innerer Sekretion befällt und entsprechende Veränderungen hervorruft. F. Rosenthal-Berlin.

Röntgenhauttherapie, von L. Arzt und H. Fuhs. (Verlag J. Springer, Berlin 1925. Preis M. 9.60.) Die Bedeutung der Röntgentherapie für den Hautspezialisten ist nunmehr allgemein anerkannt und diese Behandlungsart wird auch wohl fast von jedem Dermatologen angewandt. Während bisher zusammenfassende Arbeiten, wie Lehrbücher, Kompendien, Leitfaden, nur spärlich vorhanden waren, ist es jetzt zu begrüßen, daß nun endlich auch unsere ersten dermatologischen Röntgenkliniken ihre Erfahrungen durch Publikationen bekanntgeben. Aus der Klinik Riehl ist jetzt ein ausgezeichneter Leitfaden über Röntgen-Hauttherapie erschienen. Seinen Zweck, Studierenden und Ärzten (Dermatologen) zu dienen, erfüllt er vollkommen. Er ist von der nötigen Kürze (156 S.), sehr klaren Ausdrucksweise, enthält einen allgemeinen Teil, mit der nötigen Berücksichtigung der Physik, der Technik und der Biologie der Röntgenstrahlen, und einen speziellen Teil, der sich mit den einzelnen Krankheiten beschäftigt. Die Indikationen sind überall vorsichtig gestellt; auf Mißerfolge wird nötigenfalls immer hingewiesen, und man hat den wohltuenden Eindruck, daß die Autoren nur das empfehlen, was sich ihnen in langjähriger Praxis bewährt hat. Besonders die Schüler der Wiener Schule werden sich über das Erscheinen dieses Leitfadens freuen; aber auch die anderen Röntgenologen werden viel Anregungen in ihm finden, und gerade der entgegengesetzte Standpunkt in einigen speziellen Fragen, wie Ablehnung der Totalbestrahlung bei Psoriasis univ., Behandlung der Hypertrichosis und anderes, macht das Buch noch reizvoller. Hoffentlich findet es weiteste Verbreitung. E. Hornemann-Lüneburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Herpes.

Experimenteller Beitrag zu vorstehendem Aufsatz von P. György und zur Frage der Herpesenzephalitis überhaupt, von G. Steiner, Psych. Kl. Heidelberg. (Kl. W., 1925, Nr. 19, S. 917.) Auf Grund eigener und anderweitiger histopathologischer Untersuchungen über die Kaninchenenzephalitis unterscheidet Verf. mehrere Gruppen: 1. Enzephalitische Herde bei Allgemeinerkrankungen des Kaninchens oder

Digitized by Google

Lokalerkrankungen außerhalb des Zentralnervensystems. 2. Die Spontanenzephalitis, veranlaßt durch das Encephalitozoon cuniculi. Typisch hierfür sind sonst nicht vorkommende, in Zysten zusammengeschlossene ovoide bzw. rundliche oder sichelförmige Gebilde, die innerhalb oder neben den für diese Erkrankung ebenfalls charakteristischen Granulomen liegen. 3. Impfenzephalitis des Kaninchens, die einmal zu unterscheiden ist nach der Art der Impfung — intrazerebral, intrakraniell, intraspinal —, andererseits abhängig ist von dem eingeimpften Stoff. a) Syphilitische Impfenzephalitis. Sie ist an relativ geringen Entzündungserscheinungen und an dem Fehlen der Granulombildung kenntlich, biologisch durch positive Überimpfung von Gehirnbrei. b) Impfenzephalitis mit Stoffen unbekannter Erreger oder Toxinen, wozu auch die „Paralyseenzephalitis der Kaninchen" zu rechnen ist. Auch hier findet sich die typische Granulombildung; jedoch fehlen im Gegensatz zu der Enzephalitozoonenzephalitis die Zystenbildungen. c) Herpesenzephalitis der Kaninchen. Es findet sich hier klinisch und histopathologisch ein eigenes einheitliches Krankheitsbild, das mit den anderen keinerlei Gemeinsamkeit aufzuweisen hat. Die klinischen Erscheinungen — exzessiver Speichelfluß, Propellerbewegungen der Löffel und Pfoten, Knirschkrämpfe, Männchenstellung mit Hintenüberneigung des Kopfes und Hintenüberfallen usw. — finden sich bei keiner anderen Kaninchenkrankheit. Ebenso markant sind die pathologischen Befunde, die hauptsächlich an der basalen Rinde, der Mantelkante der Konvexität und an den den Ventrikeln benachbarten Teilen des Markes lokalisiert sind. Histologisch Beginn mit einer diffusen Leukozyteninfiltration ohne Beschränkung auf die Gefäßwände, weiterhin Zerfall der Leukozyten und Ersatz durch Lymphozyten. Unter diesen Gesichtspunkten geprüft ergab der von György klinisch behandelte Fall, daß es sich um eine einwandfreie Herpesenzephalitis handelte. E. Langer-Berlin.

Über die Ätiologie des Zoster und über seine Beziehungen zu Varizellen, von B. Lipschütz und K. Kundratitz. (W. kl. W., 1925, Nr. 19, S. 499.) Bereits durch die Versuche von Lipschütz wurde die Infektiosität des Herpes zoster sehr wahrscheinlich gemacht, dadurch, daß es ihm gelang, den Zosterbläscheninhalt auf die Kaninchenkornea zu überimpfen und eine bläschenförmige Keratitis zu erzeugen, die zytologisch in der gleichen Weise gekennzeichnet war, wie jede beliebige Zostereffloreszenz der Haut des Menschen. Diese dabei auch bei den anderen Chlamydozoonerkrankungen beobachteten typischen Zelleinschlüsse (Zosterkörperchen) bestätigen die Vermutung, daß das hypothetische Zostervirus sich in der krankhaft veränderten Haut befindet. Nachdem Übertragungen auf den Menschen bisher negativ ausgefallen waren, gelang es Kundratitz zum erstenmal dadurch, daß er für seine Versuche Kinder in den ersten Lebensjahren verwandte, während ältere Kinder stets negativ reagierten, eine Übertragung zu erzielen. Unter 28 geimpften Kindern, welche weder Varizellen noch Zoster vorher überstanden hatten, ging bei 17 Kindern die Übertragung an, und nur 11 ergaben negative Impfreaktionen. Sowohl zeitlich bezüglich der Inkubation (9—12 Tage) als auch morphologisch glichen die Impfreaktionen vollkommen der Varizellisation. Ferner sprachen für einen Zusammenhang zwischen Zoster und Varizellen die bei einigen Fällen im Anschluß an die Impfreaktion auftretende universelle, dem Varizellenexanthem völlig gleichende Bläschenaussaat, weiterhin das Auftreten von Varizellen bei anderen Kindern im Anschluß an die Zosterimpfung, die negativen Impfresultate mit Zoster bei Kindern mit überstandenen Varizellen, andererseits die negativen Impfresultate mit Varizellenbläscheninhalt und das Nichthaften der Varizelleninfektion bei Kindern, welche Zoster überstanden hatten oder mit Zoster geimpft worden waren, und schließlich der Schutz mit Zosterrekonvaleszentenserum vor Varizellenerkrankung, wie anläßlich einer Varizellenhausinfektion beobachtet werden konnte. B. Peiser-Berlin.

Über die Beziehungen des Zoster zum Herpes febrilis (Bemerkungen zur gleichnamigen Arbeit von B. Lipschütz in Nr. 3), von A. Luger und Lauda. (W. kl. W., 1925, Nr. 6, S. 177.) Die Verff. stellen fest, daß sie nirgends von einer ätiologischen Einheit des Zosters und des Herpes febrilis gesprochen haben. Nach weiteren polemischen Bemerkungen betonen sie, daß man noch nicht in der Lage ist, präzisere Angaben über die Beziehungen des Erregers des fieberhaften Herpes zum Zoster machen zu können, da man vorläufig ein wohldefiniertes, aus der Zosterblase gewonnenes Virus mit Ausnahme der zwei von den Verff. untersuchten Fälle, in welchen ein Herpes-febrilis-Virus nachgewiesen wurde, nicht kennt. Aus klinischen Gründen wird der Vorschlag von Dörr und Lipschütz empfohlen, statt von Herpes zoster nur von Zoster zu sprechen. H. Fendt-Wiesbaden.

Digitized by Google

L'étiologie de l'encéphalite épidémique (Die Ätiologie der epidemischen Enzephalitis), von C. Levaditi und S. Nicolau. (Compt. rend. Soc. Biol., 1924, Bd. 90. S. 1372.) Da alle Stämme des enzephalitischen Virus dem Herpesvirus nahe verwandt sind, wirft sich die Frage auf, warum das beim Menschen doch sehr verbreitete Herpesvirus so selten Enzephalitis verursacht, selbst in den Zeiten einer Epidemie. Zwei Faktoren spielen hierbei eine Rolle: die besonderen Affinitäten des Keimes und das Terrain. Über letzteren Faktor haben die Verff. besondere Versuche angestellt. Von acht niederen Affen und zwei anthropoiden, die auf dem zerebralen Weg mit dem Enzephalitisvirus Stamm C geimpft wurden, erkrankten nur drei niedere an Enzephalitis. Die Versuche beweisen, daß der Affe im allgemeinen gegen das Enzephalitisvirus, selbst wenn es direkt in das Gehirn eingeführt wird, unempfindlich ist. Einige Affen verhalten sich jedoch anders, indem sie durch eine Minderung ihrer natürlichen Widerstandsfähigkeit an Enzephalitis erkranken. Ebenso ist auch der Mensch nur dann zur Erkrankung an Enzephalitis bereit, wenn aus bisher unbekannten Gründen (hereditäre oder erworbene) die natürliche Widerstandsfähigkeit vermindert ist. Der Gegensatz zwischen der Häufigkeit des Herpes und der Seltenheit der Enzephalitis wird hierdurch in genügender Weise erklärt. Das auf der Haut, den Schleimhäuten, der Kornea befindliche Herpesvirus wird das Nervensystem nur angreifen, wenn dessen natürliche Immunität vermindert ist. H. Fendt-Wiesbaden.

Impetigo, Pyodermie, Diphtherie.

Un caso di impetigo herpetiformis gravidarum curato e guarito con siero di funicolo (Behandlung und Heilung eines Falles von Impetigo herpetiformis gravidarum mit Nabelschnurserum), von M. Dogali-Rom. Verf. injizierte einer mit Impetigo herpetiformis behafteten 24jähr. Pat. in 2—4tägigen Intervallen 6—23 ccm in Nabelschnüren gesunder Kinder enthaltenen Blutserums subkutan. Nach einer zu Versuchszwecken ausgeführten intravenösen Injektion von 8 ccm Serum Aufschießen von neuen Bläschen und Pustelchen nebst rapidem Temperaturanstieg. Während der Behandlung ging die Impetigo herpetiformis zunächst in Erythrodermia desquamativa, später aber in leicht nässendes Ekzem über. Schließlich trat nach $2^1/_2$ Monate langer Dauer Heilung ein. Wegen röntgenologisch festgestellter Verkleinerung des Türkensattels und Menstruationsanomalien glaubt Verf. die Unterfunktion der Hypophyse und die Dysfunktion der Ovarien für das Auftreten der Krankheit verantwortlich machen zu dürfen.
A. Loeffler-Triest.

Ekzem, Rosazea.

Contribution à l'étude étiologique des maladies séborrhéiques (Beitrag zum Studium der Ätiologie der seborrhoischen Krankheiten), von M. Bourret. (Presse méd., 1925, Nr. 34, S. 562.) Verf. folgt der Mehrzahl der neueren Autoren, indem er der von Sabouraud verfochtenen mikrobazillären Ätiologie weniger Bedeutung zuschreibt als den internen Faktoren und namentlich eine Funktionsstörung der Schilddrüse als ätiologisches Moment in den Vordergrund stellt, während der anderen endokrinen Drüsentätigkeit (Genitalorgane) geringere Bedeutung zugeschrieben wird. Die Funktionsfähigkeit der Thyreoidea wird an dem basalen Stoffwechsel gemessen, und dieser ist bei seborrhoischen Infektionen und besonders bei der polymorphen Akne gesteigert, meistens um 10—30%, aber ausnahmsweise bis zu 50%. Bei Rosazea bleibt dieser Basalstoffwechsel in normalen Grenzen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Behandlung des Gesichtsekzems, des Analjuckens und des Intertrigo, von A. Philippson-Hamburg. (D. m. W., 1925, Nr. 13, S. 525.) Speziell blonde und rothaarige Menschen, häufiger Frauen als Männer, sind mit einer Haut behaftet, die sehr empfindlich gegen Waschungen, Sonnenlicht, Hitze, Kälte, Feuchtigkeit und Wind ist. Besonders die Augenlider und Ohrfurchen reagieren mit allen Stufen der Entzündung. Die Fortlassung jeglichen Waschens, die üblichen Augensalben, ferner essigsaure Tonerde mit Glyzerin- oder Spirituszusätzen und die antiekzematösen Mittel führen zu keinem Erfolg. Die Behandlung mit 1%iger Milchsäure dagegen, der 1‰ige Salizylsäure zugesetzt wurde, brachte die Ekzeme rasch zum Schwinden. Zur Beseitigung des lästigen Analjuckens hat sich das milde Chlormittel „Magnocid" (E. Merck) bewährt. Man löst 1—2 Tabletten zu 1 g in 1 Liter Wasser, schüttelt vor Gebrauch gut um und reinigt nach jeder Defäkation und vor dem Schlafengehen die Analfalten. Für die Behandlung

Digitized by Google

des intertriginösen Ekzems eignet sich das Benzoylsuperoxyd „Lucidol", das zugleich austrocknend und juckstillend wirkt. Die Schleimhaut, ebenso Penis und Skrotalhaut vertragen das Mittel nicht. F. Harry-Wiesbaden.

Psoriasis.

Neosalvarsan bei Psoriasis vulgaris, von Sewastjanow. (Wratschebnaja Gaseta, 1925, Nr. 7/8.) Verf. lobt auf Grund von zwei verzweifelten Fällen von Schuppenflechte, welche sich jeglicher Behandlung refraktär gegenüber verhielten und zu guter Letzt unter je vier intravenösen Neosalvarsaninjektionen schwanden, letzteres Mittel. A. Jordan-Moskau.

Über Versuche der Psoriasisbehandlung mit intravenösen Injektionen von salizylsaurem Natrium, von W. Iwanow. (Klinitscheskaja Medicina, 1925, Nr. 11—12.)

Zur Frage der kombinierten Behandlung der Schuppenflechte mit intravenösen Injektionen von salizylsaurem Natrium und lokaler Anwendung von $^1/_4$—$^1/_2$%iger Chrysarobinpaste, von G. Terentjeff. (Klinitscheskaja Medicina, 1925, Nr. 11—12.) Ersterer lehnt auf Grund der Nutzlosigkeit und nicht vollständigen Ungefährlichkeit der intravenösen Injektionen von salizylsaurem Natrium, letztere infolge von beobachteter Verdickung der Venenwände und sogar Thrombose der Venen nach derartigen Injektionen dieselben für die Behandlung der Schuppenflechte ab. A. Jordan-Moskau.

Erythrodermien, Dermatitis exfoliativa, Pityriasis rubra usw.

Zur Behandlung und Klassifizierung der Erythrodermia desquamativa, von H. Kaufmann, Kinderkrkhs. Karlsruhe. (Mschr. f. Kinderhlk., 1925, Bd. 30, H. 1, S. 64.) Auf Grund der klinischen Beobachtungen und der katamnestischen Untersuchungen an 18 Säuglingen mit Erythrodermia desquamativa (Leiner) wird diese eigentümliche akute Hautkrankheit vom Verf. nicht dem Formenkreis der exsudativen Diathese zugeschrieben. Die Prognose wird für keineswegs so ernst gehalten. Bei der Behandlung wird auf ein möglichst mildes, ein allzu rasches Abheilen der Hautveränderungen vermeidendes Vorgehen, etwa ausschließliches Einreiben von reinem Lebertran oder höchstens mit einem geringen Zusatz von Zinc. oxydat. (20—30%), andererseits auf eine Hebung des Allgemeinbefindens besonderer Wert gelegt. Hierbei haben sich intramuskuläre Blutinjektionen besonders wertvoll erwiesen. R. Ley-Kreuznach.

Bullöse Dermatosen.

Further Observations on the Epidemiology of Pemphigus Neonatorum (Weitere Beobachtungen über die Epidemiologie des Pemphigus neonatorum), von R. R. Mellon und D. W. Caldwell-New York. (Am. J. m. sc., 1925, Bd. 169, Nr. 5, S. 736.) Im Anschluß an frühere Arbeiten, in denen Verff. den Pemphigus neonatorum auf eine Infektion durch die Milch der Mutter zurückführten, haben sie weitere diese These stützende Untersuchungen angestellt. No. male Frauenmilch enthält gewöhnlich nichtpigmentierte und in wechselndem Prozentsatz auch pigmentierte Staphylokokken. Der St. aureus ist die wahrscheinlichste Ursache des Pemphigus neonatorum, und daher kommt die Milch als Quelle solcher Infektion in Betracht, falls die in ihr enthaltenen Kokken für das Kind virulent sind. Die serologisch nachgewiesene Heterogenität der Staphylokokken ist wahrscheinlich ein Resultat ihrer Variabilität, und das erklärt das plötzliche Auftreten ihrer Virulenz. So ist auch der Mangel jedes epidemiologischen Typus der Krankheit verständlich. Aus jeder Quelle stammende Staphylokokken können zum Ausbruch des Pemphigus neonatorum führen, und daher ist es berechtigt, Mütter zu isolieren, die für Kinder virulente Staphylokokken beherbergen. Rontal-München.

Toxisches Exanthem bei einem Neugeborenen post partum, von H. Kaufmann, Allg. Krkhs. St. Georg Hamburg. (D. m. W., 1925, Nr. 15, S. 608.) Die gesamte Stirnfläche, die Partien unter den Augen, zum Teil der behaarte Kopf, ferner Hals, Brust bis zum Nabel und beide oberen Extremitäten waren unmittelbar nach der Geburt mit miliariaähnlichen Knötchen besetzt. Zwischen diesen waren einzelne Bläschen vorhanden, die teilweise konfluierten und dann linsengroß waren. Nach der Reinigung und Waschung des Kindes trat die Hautaffektion noch deutlicher in Erscheinung. Die Affektion heilte ohne Behandlung restlos ab. Der Inhalt der Bläschen enthält mikroskopisch nichts. Auch kulturell wurde nichts nachgewiesen. Als Ursache für das Auftreten des Exanthems kommt der Umstand in Betracht, daß das Kind in Steißlage lag und während der Geburt eine Stauung der oberen Körperregion erlitt. F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Follikulitis, Furunkel, Akne.

Die Behandlung der sogenannten Furunkulose im Säuglingsalter, von R. Kochmann-Chemnitz. (Ther. d. Gegenw., 1925, Jahrg. 66, H. 3, S. 142.) Diese multiplen Hautabszesse befallen fast immer debile Kinder mit gestörter Immunität, sei es durch Infektionskrankheiten oder länger dauernde Ernährungsstörungen. Die Allgemeintherapie hat die Ernährung zu berücksichtigen; das beste bleibt Frauenmilch. Ist diese nicht zu beschaffen, so bewährt sich die konzentrierte, fettreiche Czernysche Buttermehlnahrung. Außerdem ist auf ausreichende Vitaminzufuhr zu achten; sehr Günstiges sah Verf. von der sogenannten Zitronenmilch (1 Liter kalte, abgekochte Milch, 20—30 g Zitronensaft, 60 g Zucker, eventuell ein Eidotter, unter ständigem Umrühren vermischen), die von Amerikanern in die Therapie eingeführt ist. Die Lokalbehandlung besteht in Eröffnung nur der größeren, reichlich Eiter enthaltenden Abszesse. Die kleineren sollen ruhig resorbiert werden, was die einfachste Behandlung mit Autovakzinen ist. Als Medikament wird 25—50%ige Ichthyolvaseline empfohlen und ein Verband von Mastisol. Neben dem Vorzug, daß sich mit Mastisol der bestfixierte Verband herstellen läßt, heilt nach Bestreichung mit diesem desinfizierenden Harz die Wunde schnell und glatt ab. A. de Lemos-Hamburg.

Zur konservativen Behandlung der Furunkel, insbesondere der Gesichtsfurunkel, von Canon-Berlin-Schöneberg. (D. m. W., 1925, Nr. 23, S. 951.) Verf. berichtet über weitere gute Heilerfolge nach konservativer Behandlung der Furunkel. Seine Erfahrungen stehen im Gegensatz zu denen von Martens, der zu operativem Vorgehen, speziell bei Gesichtsfurunkeln, rät. Verf. teilt vier Fälle mit, bei denen nach operativer Behandlung Metastasen aufgetreten sind. F. Harry-Wiesbaden.

Erysipel, Phlegmone usw.

Die Behandlung des Erysipeloids mit Autohämotherapie, von W. Richter, Chir. Univ.-Kl. Berlin. (D. m. W., 1925, Nr. 14, S. 562.) Verf. berichtet unter Anführung von 5 Krankengeschichten über gute therapeutische Erfolge mit Eigenblut. Es werden 5 ccm Blut der Vena mediana cubiti entnommen und sogleich intramuskulär injiziert. Wiederholung der Injektion nach 2 Tagen, falls die 1. Injektion nicht genügt. Mehr als 3 Injektionen waren nie erforderlich. F. Harry-Wiesbaden.

Der Schweinerotlauf beim Menschen, von Esau-Oschersleben-Bode. (D. m. W., 1925, Nr. 18, S. 734.) Für den Spezialisten nichts Neues. F. Harry-Wiesbaden.

Zur Behandlung der Streptokokkeninfektionen, von Eytel-Spaichingen. (M. m. W., 1925, Nr. 20, S. 810.) Die Unnasche Verordnung: Ammon. carb. 5, Liq. ammon. anisat. 5, Aqu. ad 200, Sirup. s. 20,0. MDS. 1—2stdl. 1 Eßlöffel, erwies sich als wirksam bei Erysipelen. Aber auch bei chirurgischen Streptokokkenprozessen. A. v. Notthafft-München.

Tropische Krankheiten.

A Case of Rate-Bite Fever (Ein Fall von Rattenbißfieber), von P. W. Monroe und H. Mooser-Mexiko. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 12, S. 890.) Bei einem 11jähr. Knaben entwickelte sich nach einem Rattenbiß an der linken Wade nach 11 Tagen unter Fieber an der Bißstelle ein induriertes Geschwür mit zentraler Nekrose und Ödem des benachbarten Gewebes sowie Schwellung der zugehörigen Lymphdrüsen. Das Blutbild ergab eine geringe Leukozytose; die WR war negativ. Im Reizserum fanden sich zahlreiche Spirochäten mit bipolaren Geißeln, wie sie bei den Ratteninfektionen mit der Spirochaeta morsus-muris beschrieben worden sind. Überimpfungen des Reizserums auf das Skrotum von Meerschweinchen führten am 5. und 7. Tage zu einem entzündlichen Ödem der Injektionsstelle, in dem sich Spirochäten nachweisen ließen. Dieselben fanden sich auch im peripheren Blut am 11. und 12. Tage. Beide Tiere gingen am 19. Tage ein. Bei den mit Blut aus der Vene geimpften Tieren waren Spirochäten im peripheren Blut am 15. Tage nachweisbar, und der Tod trat am 26. bzw. 29. Tage nach der Injektion ein. Alle 4 Tiere wiesen vergrößerte Inguinaldrüsen auf, in denen Spirochäten mit Levaditifärbung sich nachweisen ließen. Nach Salvarsanbehandlung trat beim Pat. in wenigen Wochen völlige Heilung ein; bereits nach der ersten Spritze fiel die Überimpfung negativ aus. B. Peiser-Berlin.

Digitized by Google

Leishmaniavakzine — Leishmaniinreaktion, von M. Jessner und S. Amster, Univ.-Hautkl. Breslau. (D. m. W., 1925, Nr. 19, S. 784.) Verff. haben Hautleishmaniose von einem Pat., der sich in Turkestan infiziert hat, auf Hunde erfolgreich überimpft und auf modifizierten Nicolle-Nährböden Kulturen gezüchtet, aus denen sie dann eine Leishmania-Vakzine hergestellt haben. 2 kranke Hunde reagierten auf intradermale Applikation der blutfreien, angereicherten Vakzine nach 48 Stunden deutlich positiv. Bei den Kontrolltieren fiel die Reaktion negativ aus, ebenso bei einem Hunde, dessen Beule bereits abgeheilt war. Für Versuche am Menschen stand den Verff. der obenerwähnte Patient zur Verfügung. Die Vakzine rief bei ihm eine starke allergische Reaktion hervor. Die Kontrollpersonen zeigten negative Reaktion. Die Brauchbarkeit der Vakzine zu diagnostischen Zwecken ist somit erwiesen. Zu prüfen wäre ihre Brauchbarkeit zur Immunisierung bzw. zur Therapie der Leishmania tropica. F. Harry-Wiesbaden.

Hauterscheinungen bei Erkrankungen innerer Organe und endokrinen Störungen.

Untersuchungen über endokrine Störungen bei Hautkrankheiten, insbesondere Sklerodermie und Acrodermatitis atrophicans, von H. Hoffmann, Univ.-Hautkl. Breslau. (Kl. W., 1925, Nr. 20, S. 978.) Verf. hat eine Reihe von Dermatosen, von denen man einen gewissen Zusammenhang mit endokrinen Störungen allgemein annimmt, mittels der pharmakodynamischen Prüfungen mit Adrenalin, Pilokarpin und Atropin untersucht. Er hat gefunden, daß mit Ausnahme der Sklerodermiefälle keine Krankheitsgruppe ein irgendwie eindeutiges Resultat ergab. Bei der Sklerodermie zeigten die Prüfungen eine ausgesprochene Untererregbarkeit des sympathischen Nervensystems und eine Übererregbarkeit des parasympathischen Systems, indem der Adrenalinversuch eine sehr schwache Reaktion (geringer Tremor, minimale Pulsbeschleunigung und schwache Blutdrucksteigerung) ergab, der Pilokarpinversuch stets, der Atropinversuch meist stark positiv ausschlug. In den vorliegenden Sklerodermiefällen konnte eine Erkrankung einer einzelnen oder einer Gruppe von endokrinen Drüsen nicht festgestellt werden, ebenso war eine einfache und kombinierte Opotherapie ohne jeden Erfolg. Auf welchem Wege ein Zusammenhang zwischen der Sklerodermie und einer krankhaften Einstellung resp. Veränderung des sympathischen Nervensystems zu suchen ist, ist noch gänzlich ungeklärt. Vielleicht handelt es sich um eine primäre Erkrankung desselben, vielleicht auch erst auf dem Umwege über eine oder mehrere endokrine Drüsen. Die Untersuchungen an den Akrodermatitisfällen und den anderen Krankheitsgruppen haben überhaupt zu keinem greifbaren Resultat geführt. Erich Langer-Berlin.

Über Beziehungen zwischen Hautreaktivität und Ovarialfunktion, von R. Heilig u. H. Hoff-Wien. (Kl. W., 1925, Nr. 18, S. 868.) Verff. haben während der Menstruation und im Klimakterium interessante Hautreaktionsprüfungen mit Adrenalin, Morphium und Koffein vorgenommen. Diese haben gezeigt, daß während der Menstruation der Vagotonus erhöht ist, indem die Morphiumreaktion vom Intermenstruum zur Menstruation an Stärke zunimmt und ihren Höhepunkt in den ersten Menstruationstagen erreicht, während die Adrenalinreaktion im Gegenteil in der gleichen Zeit an Stärke abnimmt und in der Menstruation verschwinden kann. Die Koffeinreaktion weist keinerlei Abhängigkeit vom Menstruationszyklus auf. Ebenso beweist die Erhöhung des Vagotonus der Umstand, daß der Leukozytensturz nach intrakutaner Aolaninjektion in den ersten Menstruationstagen bedeutend stärker als im Intermenstrum ist. Im Klimakterium ist die Morphiumreaktion abgeschwächt bis aufgehoben, während sowohl die Adrenalin- wie auch die Koffeinreaktion verstärkt sind. Diese gleichzeitige Reaktionserhöhung der beiden Antagonisten der pharmako-dynamischen Hautprüfung zeigt an, daß wir es im Klimakterium mit einer Störung des Tonus des vegetativen Nervensystems zu tun haben, so daß Dilatation und Konstriktion der Gefäße infolge der Labilität des vegetativen Nervensystems gleichermaßen auf die Reizungen ansprechen. Erich Langer-Berlin.

Über Hauterkrankungen bei Störungen der Ovarienfunktion, von P. Szegö, Budapest. (Zbl. f. Gyn., 1925, Nr. 19, S. 1018.) Von einer Reihe von Hauterkrankungen wissen wir, daß sie begründet sein können in einer Funktionsstörung des Ovariums (Akne, Ekzeme, Pruritus, Impetigo herpetiformis u. a. m.). Wenn in dem einzelnen Falle der Nachweis erbracht ist, daß die Hautveränderung in einem

Digitized by Google

Abhängigkeitsverhältnis zum Eierstock steht, empfiehlt Verf. die Anwendung von Ovarienpräparaten. Er selbst benutzte das Glanduovin und injizierte es zweitägig intravenös oder intramuskulär. Nur in einem geringen Teil der Fälle blieb die Behandlung erfolglos, die meisten besserten sich nach 6—18 Einspritzungen.

F. Landauer-Berlin.

Glandes endocrines et dermatoses (Endokrine Drüsen und Dermatosen), von A. Winstel. (Presse méd., 1925, Nr. 32, S. 530.) Verf. hat die modernen Prüfungsmethoden zum Nachweis von Funktionsstörungen der Hypophyse, der Thyreoidea u. a. angewandt, um bei einer Reihe von Dermatosen: Psoriasis, Ekzem, Alopezia areata, Ichthyosis, Prurigo, Pigmentierungen und Vitiligo, zu untersuchen, ob bei diesen Affektionen ein Einfluß irgend einer bestimmten Drüse maßgebend ist. Im allgemeinen fielen die Resultate aber so gut wie völlig negativ aus. Ekzeme fanden sich im Verein bald mit Insuffizienz der Hypophyse, bald mit einer solchen der Ovarien, bald wiederum bei Schilddrüsenhypersekretion. Area Celsi fand sich bald bei Hyper-, bald bei Hyposekretion der Schilddrüse, und von 2 Fällen von Prurigo zeigte nur der eine eine Anomalie (Hypersekretion) der Schilddrüsentätigkeit.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Haut und Stoffwechsel.

Die Behandlung des Pruritus vulvae, von W. Arnoldi und K. Warnekros. II. Med. Kl. u. Univ.-Frauenkl. Berlin. (M. m. W., 1925, Nr. 20, S. 807.) Bei nichtdiabetischem Pruritus vulvae eine sorgfältige antidiabetische Kostregelung zum schnellen Verschwinden des Juckreizes. Es liegt also bei der Mehrzahl solcher Kranken eine bestimmte chronische intermediäre Stoffwechselstörung vor, wobei u. a. vermutlich die Leberfunktion beteiligt ist. A. v. Notthafft-München.

Xanthodermie, Xanthochromia cutanea, Xanthosis, Aurantiasis cutis oder Ochrodermatitis, von R. Barthélemy. (Gaz. des hôp., 1925, Nr. 37, S. 601—602.) Die von der ikterischen zu trennende Färbung der Haut wird durch einen in der Natur weitverbreiteten Farbstoff bewirkt, der zuerst in den Karotten nachgewiesen und als Karotin bezeichnet wurde. Er findet sich jedoch auch in zahlreichen anderen Gemüsen und Früchten, in der Milch, Butter, Eigelb. Bei seinem Übergang in das Blut tritt eine Färbung der Haut an besonderen Prädilektionsstellen (Palmae, Plantae) oder am ganzen Körper auf. Es handelt sich dabei um eine Störung des Lipoidstoffwechsels. Dieser könnte durch reichliche Darreichung der genannten Nahrungsmittel nachgewiesen werden. Die Differentialdiagnose der Erkrankung stützt sich darauf, daß die Schleimhäute, besonders die Konjunktiven, ungefärbt bleiben. Die Lipoidstoffwechselstörung kommt besonders bei schwerem Diabetes und ausgebreiteter Xanthomatose vor. E. Levin-Berlin.

Pigment.

Der erste europäische Fall von Leukoderma acquisitum centrifugum, von Fr. Poór-Szeged. (Orv. Hetilap, 1925, Nr. 3.) Eine 33jähr. Näherin zeigte am ganzen Körper zerstreut eine Mißbildung von Naevus pigmentosus papillomatosus. Die Nävi — über 20 — waren erbsen- bis wallnußgroß, bläulichrot, erhaben und hatten einen ganz weißen, 2—3 cm breiten Saum, welcher allmählich in die kreolfarbige normale Hautfarbe übergeht. Diese Veränderungen vermehren sich und wachsen sehr langsam. Die Nävi gaben das gewöhnte histologische Bild. Die depigmentierten Teile zeigten sich ganz normal. Doch mit der Herxheimerschen Silber- und Goldimprägnation zeigten sich einige ganz farblose Stellen, abwechselnd mit ungestörten, gewohnten Pigmentanhäufungen. Es handelt sich hier um eine Pigmentgleichgewichtsstörung, denn das Pigment fehlt nicht absolut an den depigmentierten Inseln. Es scheint, als wenn sich die Pigmentbildung sukzessiv einstellen würde. Bei Vitiligofällen ist überhaupt kein Pigment vorhanden.

M. Porosz-Budapest.

Contribution à l'étiologie du Xeroderma pigmentosum. Le Xeroderma pigmentosum est-il d'origine hérédo-syphilitique? (Beitrag zur Ätiologie des Xeroderma pigmentosum. Ist das Xeroderma pigmentosum kongenital-syphilitischen Ursprunges?), von Emile Junès. (Gaz. des hôp., 1924, Nr. 95, S. 1565—1569.) Bei den beiden beschriebenen Fällen lag Syphilis in der Aszendenz vor, der eine zeigte Zeichen kongenitaler Syphilis, bei dem anderen bestanden diese bei mehreren Ge-

Digitized by Google

schwistern. Für die engen Beziehungen der kongenitalen Syphilis zum Xeroderma pigmentosum spricht das frühzeitige Auftreten bald nach der Geburt, das Auftreten bei mehreren Geschwistern, die häufig gefundene Verwandtschaft der Eltern, daher auch die große Verbreitung bei den Arabern. Das würde auch zur Erklärung des im Anschluß an die Pigmentierungen des Xeroderma pigmentosum auftretenden Karzinoms beitragen. Der Einfluß des Lichtreizes ist für die Entstehung sekundär. Der Charakter der Läsionen erklärt das Versagen der antisyphilitischen Behandlung. E. Levin-Berlin.

Benigne Neubildungen und Mißbildungen.

Angiomatosis bzw. Angiokeratosis universalis (eine sehr seltene Haut- und Gefäßerkrankung), von J. Weicksel, Med. Polikl. Leipzig. (D. m. W., 1925. Nr. 22, S. 898.) Es handelt sich um 2 Brüder im Alter von 22 und 18 Jahren, bei denen im 10. Lebensjahr am Leib dunkelbraune Flecke auftraten, die sich allmählich dunkler färbten und im Laufe der Jahre sich über Brust, Arme, Oberschenkel und Rücken verbreiteten. Die Mutter soll ebenfalls Blutflecken am Körper haben. Die Erscheinungen des älteren Bruders waren stärker ausgeprägt. Die Haut zeigte kleine, stecknadelkopfgroße, oft konfluierende, dunkel- bis braunrote, teils bläuliche Hautverfärbungen, die beim Betasten etwas erhaben erschienen. Die Flecke waren teilweise fast schwarz, teilweise heller. Die gleichen Gefäßveränderungen wie an der Haut fanden sich auch in den Augen. Die Zahl der Thrombozyten betrug beim älteren Bruder 45 000, beim jüngeren 72 000. Sie vergrößerte sich nach Milzbestrahlung auf 138 000 bzw. 156 000. Innere Organe o. B.
F. Harry-Wiesbaden.

Einige seltenere Brustdrüsengeschwülste, von Sonntag, Chir.-polikl. Inst. Univ. Leipzig. (D. m. W., 1925, Nr. 13, S. 523.) Verf. berichtet über je einen Fall von Fibroadenom des Brustwarzenhofes, Mammaneurom und Adenofibrom der Brustdrüse beim Mann. F. Harry-Wiesbaden.

Regressive Störungen und Atrophien.

Cutis verticis gyrata, von M. Pelagatti-Parma. (Giornale di Clinica Medica, 1924, Bd. 5.) Sehr ausführliche Beschreibung folgenden Falles: 67jähr. Wirtschafterin. Familienanamnese: nichts von Belang. Ebensowenig die persönliche. Gegenwärtige Affektion begann plötzlich, 6 Monate vor Spitalseintritt, mit Rötung der Haut, Jucken und planen Infiltraten, welche allmählich bis wallnußgroß wurden und sich fast über den ganzen Körper ausbreiteten. Objektiver Befund: Die ganze Hautdecke ist infiltriert, mit kleinen festanhaftenden Schuppen bedeckt, stellenweise pigmentlose Herde aufweisend. Die einzelnen Infiltrate treten meist rasch auf, um nach einigen Tagen zu verschwinden. Später trat ein vollständiger Verlust der Scham- und Achselhaare sowie eine schwere Alteration der Nägel ein. Kopf, Palmae und Plantae waren anfangs von der Eruption verschont gewesen. Allgemeiner Zustand im Sonstigen gut. Allmählich trat Vereiterung der Knoten auf, und Januar 1921 erstreckte sich die Dermatose auch auf den Kopf, wo es zu typischen Merkmalen einer Cutis verticis gyrata kam. Dabei nahm das Gesicht allmählich eine braune Farbe an, die Haut wurde hart, faltig und die Augenbrauen sowie die Haupthaare fielen aus. Jetzt begann auch ein rascher Kräfteverfall einzusetzen, die Haut wurde durch die Zunahme der pigmentlosen Flächen immer scheckiger, dabei härter und sklerotischer, während die Schleimhäute ebenfalls eine braune Verfärbung zeigten. Das Blutbild hatte während des Spitalaufenthaltes eine allmähliche Abnahme der Erythrozyten (von 3800000 auf 2200000) und Zunahme der Leukozyten (von 9 600 auf 28 500) sowie von Myeloplasten ergeben. Januar 1922 Exitus. Die Sektion ergab nichts von Belang, außer einer Tuberkulose der Eingeweide. Dagegen ergab die histologische Untersuchung adenoidähnliches Gewebe im Derma reticulare und Hypoderma. Verf. bespricht in eingehender Weise die Differentialdiagnose zwischen Leukämie und Mycosis fungoides, sich für die erstere erklärend. Seine Diagnose lautet: Leucaemia lymphatica aleucaemica. Außerdem fand Verf. in seinen histologischen Präparaten Schwund der elastischen Fasern, der Talgdrüsen, der Schweißdrüsen und der Haare. Dagegen fehlt die Zelleninfiltration und der Elastinschwund im Bereiche der Furchen der Kopfhautaffektion. Bezüglich der Natur der Alteration meint Verf., daß die chronische Entzündung

Digitized by Google

allein nicht die alleinige Ursache der Dermatose sei, sondern, daß dazu auch der konzentrisch wirkende Druck je zweier infiltrierter Zonen beigetragen habe. Einer der Hauptfaktoren aber sei in einer Akzentuierung normaler anatomischer Bedingungen, und zwar der die Gefäße der Kopfhaut betreffenden, gelegen, welch erstere infolge der Straffheit der sie umgebenden elastischen und Bindegewebsfasern ein Hindernis bei der Ausbreitung der Lymphzelleninfiltrate bilden, wodurch diese gezwungen seien, sich strangförmig zu gruppieren, eine Anschauung, welche Verf. überhaupt auf die Cutis verticis gyrata ausgedehnt wissen will, sei es, daß die Hyperplasie des Derma oder des Hypoderma, oder beider von einem Entzündungsprozeß, von einer Neubildung oder von einer einfachen Entwicklungsanomalie herrührt.
E. Freund-Triest.

Beitrag zur Klinik und Anatomie der Sklerodermie im Kindesalter, von Alfred Kraus, D. Univ.-Kinderklinik in d. Landesfindelanst. Prag. (M. Kl., 1925, Nr. 25, S. 921—924.) Bericht über die weitere Beobachtung eines der seltenen, bereits vor 6 Jahren vorgestellten Fälle von Sklerodermie beim Säugling. Eine weitere Ausbreitung der Erscheinungen trat nicht ein, teilweise Rückbildungen, doch kein völliges Schwinden. Der jetzige Befund bestätigt die damalige Diagnose.
E. Levin-Berlin.

Carcinoma mammae mit Sklerodermie, von E. Sattler-Budapest. (Gyógyászat, 1925, Nr. 19.) An der rechten Brust ist eine handtellergroße, weiße Infiltrationsstelle zu sehen, welche mit einem 2 cm breiten Entzündungshof umsäumt ist, welche ziemlich juckt. Nach 5—6 Wochen zeigt sich eine ähnliche Veränderung auf der linken Seite, welche sich auch etwas pastös anfühlt, am Rande abgerundet, frei beweglich, glatt ist. Axillardrüsen sind nicht zu finden. Therapie: Röntgenbestrahlung. Nach 4½ Monaten ist rechts ein typisches Karzinom zu diagnostizieren, hingegen die linksseitige Veränderung spurlos verschwunden. Totalexstirpation. Histologischer Befund: Carcinoma in cuti sclerodermatosa. Ein zweiter Fall betrifft eine 74jähr. Frau mit Carcinoma mammae, in 4—5 cm Entfernung von einem Entzündungshof umgeben, welcher juckt und eine anämische, frei bewegliche Infiltration begrenzt. Diagnose: Sklerodermie und Carcinoma mammae. Radikale Abtragung der Brust. Histologisch läßt sich die klinisch gestellte Diagnose festhalten. Es ist fast sichergestellt, daß die Karzinome in den erweiterten Lymphgängen der Sklerodermie sich weiter verbreiteten.
M. Porosz-Budapest.

Maligne Neubildungen.

Ergebnisse der experimentellen Geschwulstforschung, von R. Kraus-Wien. (W. m. W., 1925, Nr. 20, S. 1167.) Sammelreferat über die neuere Literatur.
E. Langer-Berlin.

The Bleeding Nipple (Die blutende Brustwarze), von P. Tapie-Bordeaux. (Med. J. and Record, 1925, Bd. 121, Nr. 9, S. 537—538.) Zwei Fälle, in denen karzinomatöse Neubildung als Ursache nachgewiesen wurde, die regelmäßig in derartigen Fällen vorliegt. Es empfiehlt sich daher auch bei mangelndem klinischem Nachweis Operation.
E. Levin-Berlin.

Unusual Case of Early Axillary Metastasis in Carcinoma of the Breast (Eine ungewöhnlich frühzeitige Metastase in einer Achsellymphdrüse bei einem Brustkrebs), von H. E. Butka-Los Angeles. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 15, S. 1115.) Eine 45jähr. Frau klagte über leichte Schmerzen in der linken Achselhöhle, die von einer geschwollenen Lymphdrüse herrührten; Exstirpation. Die histologische Untersuchung ergab ein Medullarkarzinom. Obwohl in der leicht abzutastenden Mamma kein Knoten nachgewiesen war, wurde sie operativ entfernt, und man fand dann in ihr zwei etwa 1 cm voneinander liegende Knoten, von denen der eine etwa 1 cm, der andere etwa 0,5 cm im Durchmesser hatte. Histologisch wurde auch hier ein Medullarkarzinom festgestellt.
H. Fendt-Wiesbaden.

Über die Propagation mutmaßlicher Krebskeime, von A. Abramowski-Königsberg. (Zschr. f. Krebsforschg., 1925, Bd. 22, H. 3, S. 301.) Verf. geht von der Annahme aus, daß der Krebs durch einen ultravisiblen Mikroorganismus hervorgerufen wird, und stützt diese Annahme durch die Tatsache, daß der primäre Sitz des Karzinoms stets ein Organsystem ist, das mit der Außenwelt kommuniziert. Würde diese Vermutung sich bestätigen, so wäre eine minutiöse Prophylaxe das beste Schutzmittel.
L. Gumpert-Blaschko-Berlin.

Digitized by Google

The Experimental Production of Cancer by one Application of Tar (Experimentelle Krebserzeugung durch einmalige Teerapplikation), von G. M. Findlay-Edinburgh. (Lancet, 1925, Bd. 208, Nr. 5301, S. 714.) Die klinische Erfahrung hat in einzelnen Fällen gezeigt, daß durch eine einmalige starke Irritation der Haut (Bespritzen mit roher Karbolsäure oder heißem Teer) wohl ein Hautkarzinom entstehen kann. Verf. ist es gelungen, diese klinischen Beobachtungen experimentell zu stützen. 50 Mäusen wurde ein Chloroformextrakt von Teer, erhitzt auf 70° C, auf eine enthaarte Stelle des Rückens appliziert. Zwei von diesen Tieren zeigten nach fast einem Jahre an den geteerten Hautstellen ein charakteristisches Hautepitheliom, das sich makroskopisch wie mikroskopisch nicht von den üblichen Hautkrebsen, wie sie durch längere Teerreizung entstehen, unterscheiden ließ.

R. Ley-Kreuznach.

Zur Frühentstehung des Teerkarzinoms an Kaninchenohren, von O. Bittmann-Brünn. (Zschr. f. Krebsforschg., 1925, Bd. 22, H. 3, S. 278.) Künstliche Erzeugung von basozellulären, soliden und adenoiden Karzinomen — schneller als gewöhnlich — innerhalb von 14—36 Tagen und Metastasenbildung derselben in die regionären Lymphdrüsen nach wöchentlich dreimaliger Teerpinselung und Vorbehandlung der Haut von Kaninchen mit Petroläther. Die rasche Entstehung führt Verf. auf den Petroläther zurück, der entweder durch Entfettung der oberen Hautschichten wirkt und dieselben für Teer durchlässiger macht, oder der vermöge seines narkotisierenden Anteils die Zellen vorübergehend lähmt und sie gegenüber der reizenden Wirkung des Teers weniger widerstandsfähig macht. Oder es handelt sich um eine direkte Reizung der Nervenendigungen. Verf. hält es nicht für ausgeschlossen, daß die oberen Schichten durch das Narkotikum ganz abgetötet werden und es in den tiefen Schichten, z. B. der Basalzellenschicht, zu einer Reizung kommt. Die Angriffspunkte des Teers in der Zelle sind wahrscheinlich die Zentrosomen, da man häufig vor der Kernteilung mehr als zwei ungleich große und ungleich stark gefärbte Zentrosomen beobachten kann. L. Gumpert-Blaschko-Berlin.

Entstehung einer bösartigen Plattenepithelgeschwulst nach Impfung mit Bakterienstamm P.M., von F. Blumenthal und H. Auler, Univ.-Inst. f. Krebsforschg. Berlin. (Zschr. f. Krebsforschg., 1925, Bd. 22, H. 3, S. 297.) Ein weiterer Fall von Bildung einer malignen, verhornenden Plattenepithelgeschwulst in der Bauchhöhle und im Becken bei weißen Mäusen, zwei Monate nach subkutaner und intraperitonealer Injektion des Bazillenstammes P.M., ohne Zusatz von Kieselgur. Versuche mit Kieselgur allein ergaben stets negative Resultate; es wurden nur Riesenzellgranulome um die Kieselgurnadeln herum beobachtet.

L. Gumpert-Blaschko-Berlin.

Mund und Nase.

Unilateral Hyperhidrosis and Erosion of Teeth Following Parotid Abscess Einseitige Hyperhidrosis und Zahnabnutzung als Folgeerscheinung von Parotisabszeß), von W. T. Vaughan-Richmond. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 8, S. 583.) Drei Jahre nach der Drainage eines linksseitigen Parotisabszesses, der im Anschluß an eine Appendektomie aufgetreten war, entwickelte sich bei dem betreffenden Pat. in der linken Mundhälfte eine unangenehme Sensibilitätsstörung, verbunden mit einem herben, trockenen und sauren Geschmack. Dabei starker Schweißausbruch der linken Gesichtshälfte während des Kauens. Das außergewöhnliche, das dieser Fall von an und für sich schon häufiger beschriebener, einseitiger Hyperhidrosis nach Parotiserkrankung bietet, stellt die Abnutzung der Zähne der linken Ober- und Unterkieferseite dar. Am ausgeprägtesten an den Molaren erkennbar, zeigten die Zahnkronen hier eine solche Brüchigkeit, daß ein Querschnitt von ihnen sehr leicht herzustellen war. Besonders die Facies masticatoricae der bis zur Hälfte verbrauchten Zahnkronen waren enorm weich. Da eine Speichelsekretion der linken Parotis nicht bestand, auch nicht nach Pilokarpininjektion, sieht der Verf. in dem fehlenden, neutralisierenden Sekret der linken Mundhälfte die Ursache der Zahnerkrankung, da die Zähne links den sauren Sekreten der Gaumendrüsen ausgesetzt waren.

F. Jacobsohn-Berlin.

Zur Kenntnis gutartiger Geschwülste der Tonsillen, von B. Silbiger, Laryng.-rhinol. Inst. D. Univ. Prag. (Folia Oto-Laryngol., 1925, Bd. 13, H. 3, S. 217.) Der Verf. berichtet über drei benigne Tumoren der Mandeln, wobei der Begriff des

Digitized by Google

Tumors in seiner weitesten klinischen Bedeutung zu nehmen ist. Der erste Tumor wurde nur zufällig gefunden: aus einer Lakune der rechten Tonsille sah man ein weißlich-gelbes, breit der Oberfläche der Tonsille aufsitzendes, etwa erbsengroßes Gebilde hervorragen. Der durch die Exstirpation entfernte knorpelharte, gestielte Tumor von Bohnengröße erwies sich bei der histologischen Untersuchung als ein schön abgesetzter, fibrillenreicher und äußerst zellarmer Fibromknoten vom Typus des Fibroma durum. Beim zweiten Fall handelte es sich um eine zwischen vorderem Gaumenbogen und Tonsille hervorwachsende papillomartige Tonsilla accessoria. Beim dritten Fall sah man vom oberen Pol der Tonsille ein 3 cm langes, 3/4 cm breites, glattwandiges Gebilde frei in die Mundhöhle herabhängen. Die histologische Untersuchung ergab eine dickwandige Zyste, von der angenommen wird, daß sie im Verlauf einer Tonsillitis aus einem Lakunenraum infolge von Sekretretention entstanden ist. Die benignen Tumoren der Gaumenmandeln gehören zu den Seltenheiten; da die Gefahr einer malignen Entartung nicht ausgeschlossen ist, ist die Indikation zur chirurgischen Entfernung gegeben. H. Fendt-Wiesbaden.

Ein Zylindrom der Oberlippe, von M. B. Thielemann, Univ.-Hals-, Nasen- u. Ohrenkl. Bonn. (Folia Oto-Laryngol., 1925, Bd. 13, H. 3, S. 221.) Die an sich häufiger beobachteten Zylindrome sind bisher nur vereinzelt an der Oberlippe beschrieben worden. Der Verf. hat bei einer 33jähr. Patientin einen neuen Fall mit dem Sitz an der rechten Hälfte der Oberlippe beobachtet. Klinisch wurde das Gebilde für eine Zyste oder für ein Lipom oder Fibrom gehalten. Die Entfernung war einfach, da nach dem Schleimhautschnitt der pflaumengroße Tumor mit glatter Oberfläche auf leichten Druck aus dem umgebenden Gewebe heraussprang. Oben nach der Umschlagstelle der Lippenschleimhaut sah man den dünnen Stil. Histologisch gehörte der Tumor in die Gruppe der sogenannten Mischtumoren, wie sie sich besonders häufig an der Parotis vorfinden und die man in allerletzter Zeit den Epitheliomen zuzurechnen geneigt ist; ihre Entwicklung ist höchstwahrscheinlich auf embryonal verlagerte Keime zurückzuführen. Wenn diese Neoplasmen auch sehr langsam wachsen und im allgemeinen gutartig sind, so sind sie doch prognostisch keineswegs stets als günstig zu erachten. Therapeutisch kommt nur die operative Entfernung in Frage. H. Fendt-Wiesbaden.

Haare und Nägel.

Über die Regeneration des Haarpigments, von W. Barfurth-Hamburg. (M. m. W., 1925, Nr. 20, S. 811.) Im Anschluß an einen Furunkel der Schläfe trat an diesen Stellen inmitten ergrauter Haare wieder dunkelpigmentiertes auf. Möglicherweise entstehen so auch die „Krebshaare". A. v. Notthafft-München.

Einige Bemerkungen zu dem Artikel von Dr. Heinz Herbert Mattoni: Die Bedeutung der spezifischen Ernährung der Horngebilde durch Humagsolan, seine Anwendung und Erfolge, von Geza Lichtenstein-Bad Pistyan. (M. Kl., 1925, Nr. 26, S. 971). Die von Mattoni (M. Kl., 1924, Nr. 41, Ref. dieser Wschr., 1925, Bd. 80, S. 459) festgestellten Erfolge werden in verschiedener Beziehung eingeschränkt. Humagsolan wirkt bei Haarausfall nach Infektionskrankheiten, bei Alopezia seborrhoica nur in Kombination mit anderen hyperämisierenden Mitteln. Wiedereintritt normaler Färbung bei ergrauten Haaren konnte nicht beobachtet werden. Bei Frauen oft Haarwuchs an unerwünschten Stellen, der nicht wieder schwand, elektrolytisch beseitigt werden mußte. E. Levin-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Gestorben: Dr. Cristoforo Carabelli, Vorstand der dermatologischen Abteilung der Poliambulanza di Via Arena in Mailand. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 49 (Bd. 81) 5. Dezember 1925

Aus der Klinik der Hautkrankheiten der I. Moskauer staatl. Universität
(Stellvertreter des Direktors: N. A. Tschernogubow).

Zur Klinik der Lepriden. Ein Fall von Lichen leprosus.

Von

N. A. Tschernogubow und N. F. Pawlow.

Mit 1 Abbildung im Text.

Bei einem Leprakranken hatten wir Gelegenheit, solche Veränderungen der Haut zu beobachten, welche, soweit uns bekannt ist, noch nicht beschrieben worden sind. Diese Veränderungen bieten eine gewisse Ähnlichkeit mit analogen Ausschlägen bei anderen Infektionen, wo sie meist mit dem Namen „Lichen" (Lichen scrofulosorum, L. syphiliticus usw.) bezeichnet werden.

Eine der Eigentümlichkeiten des weiter unten zu beschreibenden Ausschlags ist die Unklarheit des klinischen morphologischen Bildes desselben, infolge der er mit bloßem Auge kaum bemerkbar ist. Dieselbe Eigentümlichkeit charakterisiert gewissermaßen auch die anderen Ausschläge aus der Gruppe der „Lichen" (besonders L. scrofulosorum).

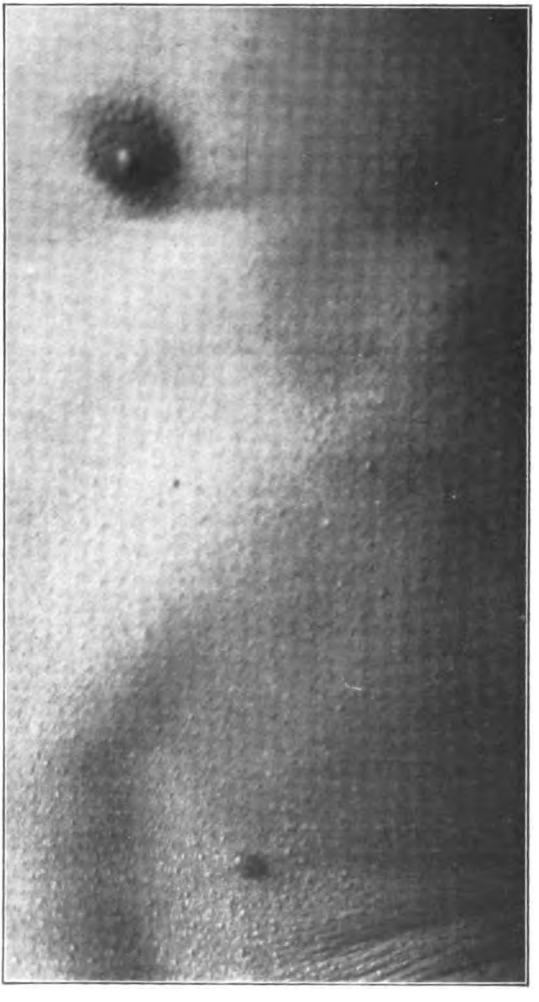
Der Kranke, 31 J. alt, Arzt, ist aus Kuba gebürtig.

Heredität: Der Vater des Kranken starb im Alter von 63 J. am Schlag. Die Mutter, 63 J. alt, leidet an Elefantiasis eines Fußes. Zwei Brüder und 2 Schwestern gesund. Ein Bruder und eine Schwester seines Vaters sowie eine Tante der Mutter sind geisteskrank.

Anamnese: Unser Kranker war das 2. Kind, entwickelte sich in der Kindheit normal; überstand 5 J. alt Scharlach, 8 J. alt Diphtheritis, 12 J. alt Malaria, 18 J. alt Gonorrhoe, 19 J. alt weichen Schanker. Im Alter von 25 J. brach er bei einem Fall von der Höhe 3 Rippen. Er wuchs als ungehorsamer, eigenwilliger, empfindlicher Knabe heran. 5 J., alt lernte er lesen; 11 J. alt Pubertas. Im Alter von 16 J. beendete er das Gymnasium, von 20 J. die medizinische Fakultät. Zuerst arbeitete er als Chirurg in einem Krankenhaus in Sant-Jago und beschäftigte sich mit dem experimentellen Studium der Lepra. Vor 9 Jahren führte er, nachdem er eine Kultur von Leprabazillen erhalten hatte, seinen Worten nach, sich subkutan 1 ccm einer Emulsion dieser Bazillen ein. Im Jahre 1919 siedelte er nach den Vereinigten Staaten über und reiste dann 3 Jahre lang als Matrose umher. Nach Rußland kam er vor 3 Jahren aus Deutschland, um an der sozial-revolutionären Arbeit teilzunehmen. Anfänglich beschäftigte er sich im Bakteriologischen Institut von Leningrad und wurde dann in eins der Leprosorien abkommandiert, wo er als Arzt arbeitete. Nach 3 Monaten zeigte sich bei ihm ein Furunkel, und nach 2 Monaten stellte sich Malaria und Husten mit Auswurf ein, welcher 2 Wochen lang dauerte. Diagnostiziert wurde Grippe. Bald darauf bemerkte Pat. Ausfallen der Augenbrauen und rote, etwas ödematöse und schmerzhafte Flecken an den Vorderarmen, welche bald verschwanden. Nach 1 Monat stellte sich diffuse Infiltration an den Wangen und Arc. supercil. und erschwerte Bewegung in den Gelenken der Phalangen ein. Eine zu dieser Zeit vom Kranken selbst bewerkstelligte Untersuchung des Saftes der Infiltrate ergab das Vorhandensein Hansenscher Bazillen. 2 Monate später erhielt der Kranke eine Brandwunde am linken Vorderarm, welche er nicht im

Digitized by Google

geringsten fühlte. Ungefähr um dieselbe Zeit machte er hämorrhagische Pleuritis durch und nahm bald eine Reihe neuer Krankheitserscheinungen wahr: Kontrakturen der Beine und Arme, Verdickungen an den früheren Flecken unter Verlust der Empfindung dortselbst, Verdichtung und starke Schmerzhaftigkeit der Nervenstämme und Abmagerung der Musculi interossei. Vor 1 Jahr stellte sich interstitielle Keratitis des rechten Auges ein.



Irgend eine Kur wandte der Kranke nicht an. Im April 1924 ermordete er in einem Anfall von Eifersucht mit einem Amputationsmesser eine Krankenpflegerin des Leprosoriums, mit der er ein halbes Jahr gelebt hatte. Am 27. II. 1925 wurde er in unserer Klinik aufgenommen.

Status praesens: Der Kranke ist von befriedigender Konstitution und Ernährung. Das Knochenskelett zeigt keine Veränderungen. An den lateralen Flächen des Stumpfes, die Linea axillaris entlang, am Abdomen, besonders an der Linea mammilaris und um den Nabel herum, gewahrt man bei aufmerksamer Betrachtung einen verbreiteten profusen miliarpapulösen Ausschlag von nichtentzündlichem Charakter (s. Abb.). Am Abdomen gruppieren sich die Elemente stellenweise gleichsam zu Ringen bis 3 cm im Durchmesser; eine Tendenz zum Zusammenfließen legen sie aber nicht an den Tag, und ist der größte Teil derselben, wenn nicht sämtlich, mit den Follikeln verbunden. Beim Palpieren scheinen die Knötchen hart und haben die Farbe der normalen Haut, etwas ins Gelbe fallend. Im ganzen erinnert das Bild des Ausschlags sehr an Cutis anserina, mit dem Unterschied, daß er permanent ist und für die Gänsehaut ungewöhnlich scharfe, landkartenähnliche Grenzen aufweist. Dieser Ausschlag besteht den Worten des Kranken nach schon lange, und wurden während unserer Beobachtung in der Klinik keine Veränderungen an demselben konstatiert. An den übrigen Stellen des Rumpfes war die Haut von schwachgelber Färbung. Roter Dermographismus, der leicht hervorgerufen wird, scharf ausgeprägt ist und 2—3 Minuten anhält. Unter der linken Brustwarze befindet sich eine hypertrophierte Narbe (traumatischen Ursprungs). Schweißabsonderung normal, Fettabsonderung etwas erhöht. Die Färbung der Haut der peripheren Teile der Extremitäten ist eine hellbraune mit bläulichem Anflug und etwas runzeliger Oberfläche. An den Händen hat die Haut ein gedunsenes, fast ödematöses Aussehen und sehr weiche Konsistenz. An der Stirn, den Augenbrauen, den Ohren und den Vorderarmen sind intensiv blaurot gefärbte, ins Blaue spielende kleine Tuberkula und wenig scharf begrenzte knotige In-

Digitized by Google

filtrate. Besonders große Knoten und Infiltrate, bis 4 cm im Durchmesser, sind am linken Vorderarm lokalisiert. Wegen der Knoten scheinen die Augenbrauen über dem oberen Lid herabzuhängen. Die Haare an den Brauen fehlen. Die Ohren sind ebenfalls infiltriert und vergrößert, namentlich in der vertikalen Richtung, mit sehr verdickten Ohrläppchen. An den Händen lassen sich in der Dicke der Haut auch einzelne Knoten durchfühlen. Am Unterschenkel gewahrt man einige unregelmäßig abgerundete Narben, die systemlos gelegen sind.

Die Bindehaut der Augen ist hyperämiert. Keratitis interstitialis dextra mit einem rosiggrauen Knötchen am supralateralen Rand der Sklera. Verengung der linken Hälfte der Nasenhöhle infolge von Infiltration des Vomer und dessen Seitenwand. Stellenweise ist die Infiltration ulzeriert. Seitens der Kehle sind keine Veränderungen vorhanden.

Unbedeutende Vergrößerung der Kubital-, Inguinal- und Axillardrüsen. Myokarditis. Puls 80 in 1 Min., von schwacher Füllung. Im übrigen sind die inneren Organe normal.

Verminderung der Sensibilität vom peripheren Typus (polyneuritischen Charakters). Die Sehnenreflexe sind erhöht. Pathologische Reflexe fehlen. Verdickung der Nervenstämme, in deren Verlauf starke Schmerzhaftigkeit sich kundgibt. Gesichts- und Geruchssinn etwas abgeschwächt. Angesichts der unglücklichen psychischen Heredität und des befremdlichen Benehmens des Kranken (der zuweilen ohne genügenden Grund sich weigerte, die ärztlichen Vorschriften zu erfüllen, phantastische Hypothesen darüber, daß es ihm, wie er behauptete, gelungen war, ein Serum zu entdecken, das alle Krankheiten heile usw., vorbrachte), wurde er in der Psychiatrischen Klinik unserer Universität von den Doktoren Sereiski und Frumkin genau untersucht, wobei sie Paranoia Kraepelini et Dementia organica (ex lepra?) levis incipiens[1]) diagnostizierten.

Urin von strohgelber Farbe, saurer Reaktion, spez. Gew. 1026; Eiweiß und Zucker fehlen. Im Niederschlag einzelne Leukozyten. Der Kranke nährt sich ausschließlich von Walnüssen, Weißbrot und genießt rohes Wasser. Die Untersuchung der Umsatzprodukte im Harn ergibt eine tägliche Vermehrung der Ausscheidung von Kreotinin, eine unbedeutende Vermehrung von Phosphor und eine Verringerung der Gesamtmenge des Urins in 24 Stunden bei starker Steigerung des spez. Gew. und des prozentualen Gehalts an Chloriden (bis 1,26 gegen 0.6—0,9), während die Kochsalzausscheidung bis auf 0 3 (gegen 10,9—14,10) vermindert ist, was sich einerseits dadurch erklären dürfte, daß der Kranke mit der Nahrung kein Salz zu sich nimmt, andererseits durch die geringe Harnausscheidung infolge der trocknen Speise. Trotz des gesteigerten Stickstoffumsatzes ist die Harnsäuremenge etwas unter der Norm, was offenbar durch das vollständige Fehlen von Purinkörpern zu erklären ist.

WR ++++, SGR ++++. Die Präzipitatreaktion nach Plaut ergab die untere Grenze nach 1 St. = 67 mm.

Pirquet-Reaktion negativ (in Lösung 1 : 5, 1 : 10 und 1 : 20). Blut: Erythrozyten 5350000, Leukozyten 8400, Leukozytformel: B. 0, E. 1,5, N. j. 0, St. 9,5, N. Seg. 69, Ly. 17, Mo. 3, Körpergewicht 3 Pud $32^1/_2$ Pf., Temperatur des Körpers 36.6 bis 38,6°.

Bei der bakteriologischen Untersuchung des Nasensekrets, des Saftes der Knoten und Höcker trat eine große Menge Hansenscher Bazillen an den Tag. Bei der Skarifikation der Epidermis an den Stellen früherer Knoten und Höcker und auch bis zu 1 cm im Umkreise davon, wurden auch typische Leprabazillen gefunden; außerdem auch in den Fettpfropfen.

---

[1]) Die Resultate dieser Untersuchung wurden in einer Konferenz der Ärzte der Psychiatrischen Klinik mitgeteilt und werden nächstens im Druck erscheinen. Uns frappierte stets die eigentümliche Psyche der Leprakranken, die wir Gelegenheit hatten zu beobachten. Zieht man eine Reihe von Faktoren in Betracht, welche auf das Seelenleben solcher Kranken einen Einfluß haben ausüben können, so müßte es eher wundernehmen, daß die Spezialisten für Geisteskrankheiten die Psychen der Leprakranken bislang so wenig studiert haben. Außer den kläglichen äußeren Umständen im Leben dieser Kranken, die sich wie verpestet und von der menschlichen Gesellschaft ausgeschlossen fühlen, ist auch die Möglichkeit einer unmittelbaren Erkrankung oder Intoxikation des Nervensystems, „psychose toxémique“ (Dabier), nicht ausgeschlossen. Man darf auch annehmen, daß die starken und dauernden Disästhesien für das psychische Leben solcher Kranken anormale Bedingungen schaffen, indem sie auf die natürlichen gegenseitigen Beziehungen zwischen dem Leprakranken und der Außenwelt störend einwirken.

Digitized by Google

Prof. KEDROWSKI hatte die Liebenswürdigkeit, uns die Kultur eines von ihm ausgeschiedenen Leprabazillus zu überlassen, aus welcher wir Vakzine bereiteten (eine Aufschwemmung der 48stünd. Kultur in 5 ccm NaCl bei 58° inaktiviert). Die intrakutane Einführung von 0,2 ccm derselben (je 0.1 an 2 Stellen der Schulter) rief keine Reaktion hervor. Die Einführung auf dieselbe Weise bereiteter Vakzine aus Diphtheriebazillen hatte ein gleiches Resultat.

Am Abdomen befindliche Elemente wurden unter lokaler Kokainanästhesie biopsiert (wobei im Tupfpräparat eine Menge Leprabazillen gefunden wurden). Ein Stückchen wurde in 10%igem Formalin fixiert, die Schnitte wurden mit Hämotoxylin-Eosin, ZIEHL-NEELSEN und auf elastisches Gewebe (nach WEIGERT) gefärbt[1]).

Schwache Vergrößerung: Epidermis unverändert; Papillen schwach ausgeprägt. Unbedeutendes Infiltrat und mehr oder weniger reichliche Anhäufung von Bazillen die ganze Hautoberfläche entlang, in einem gewissen Abstand von der Epidermis, und zwar auf der Höhe des oberflächlichen Gefäßnetzes. Stellenweise, anscheinlich an den Austrittsstellen der Schweißgänge und der Haare, ist das Infiltrat in der Papillenschicht in größerer Menge vorhanden und reicht einerseits bis zur Grenze der Epidermis, andererseits geht es die Haarfollikel und die Fettdrüsen entlang in die Tiefe, indem es sich in einer stärkeren Schicht an den Knäueln der Schweißdrüsen und an den Wänden der Haarfollikel ausbreitet.

Starke Vergrößerung: Keine merklichen Veränderungen der Epidermis. In der Papillenschicht ist die Menge der lokalen Zellen vergrößert, und auf der Höhe des oberflächlichen Gefäßnetzes ist ein ziemlich dickes Infiltrat aus lymphoiden und plasmatischen Zellen vorhanden. In einigen tiefsitzenden, scharfbegrenzten Infiltratherden (neben den Knäueln) konstatiert man zahlreiche Polynukleare. Um manche Follikel herum liegen einige verlängerte gestreckte Zellen (Fibroblasten?). Überall sieht man inmitten des Infiltrats sehr viele Bazillen, die hauptsächlich haufenweise intrazellulär gelagert sind. Die meisten Bazillen werden gut durch Fuchsin tingiert, weit seltener trifft man blaßfarbige körnige Exemplare an. Zoogleen fehlen fast gänzlich. Stellenweise ist die Menge der Bazillen im Vergleich zum Infiltrat sehr groß. Gleich dem Infiltrat lagern sich die Bazillen hauptsächlich um die Follikel, die Schweißdrüsen und ihre Gänge herum und auch die Blutgefäße des oberflächlichen Netzes entlang. Zwischen den Zellen der äußeren Haarscheide sieht man Bazillen in Gestalt einzelner Exemplare und kleiner Häufchen. Die Haare sind unverändert, die Blutgefäße nicht erweitert, haben aber gewöhnlich ein gedunsenes Endothel, in dessen Zellen (?) einzelne Bazillen (sogar fern von Herden der Bazillenanhäufungen) angetroffen werden. Das elastische Gewebe fehlt in den Grenzen des Infiltrats, an den übrigen Stellen hat es normale Struktur. Die feinen Nervenstämme weisen keine Veränderungen auf.

Das oben beschriebene histologische Bild (massenhaftes Vorhandensein von Bazillen, schwache entzündliche Reaktion) gibt keine Veranlassung,

[1]) Behufs Kontrolle wurde ein Stückchen normaler Haut vom Kreuz biopsiert, an welcher das Auge keinerlei Veränderungen gewahrte. Im Tupfpräparat erwiesen sich hier keine Bazillen.

Digitized by Google

die vorliegende Form der Zahl der „Lichenes" toxischen (richtiger allergischen) Ursprungs, wie z. B. Lichen trichophyticus[1]), zuzurechnen. Die von uns beschriebenen Veränderungen für sekundäre anzusehen, d. h. für solche, welche sich an der Stelle irgend eines resorbierten Lepriden entwickelt haben, hat auch keinen Grund. Gegen eine solche Annahme würde hier der frische Charakter des inflammatorischen Infiltrats sprechen, dessen einzelne Zellelemente nicht einmal degenerative Veränderungen aufweisen. Dagegen zeugt auch noch die unbedeutende Anzahl der Bazillen vom Typus Kokkotrix mit entwickelter Zooglee (was nach Unna charakteristisch für alte Herde ist) und vollständiges Fehlen irgend welcher Veränderungen des interstitiellen Gewebes, besonders[2]) des elastischen, außerhalb an sich selbst unbedeutender Infiltrate.

Somit haben wir es in unserem Fall mit einem echten Lepriden im Sinne der Veränderungen der Haut zu tun, welche sich infolge der Lebenstätigkeit von Leprabazillen entfaltet haben, ähnlich analogen Veränderungen, die durch Spirochaeta pallida bei Lichen syphiliticus hervorgerufen werden.

Außer dem morphologischen Interesse dürfte unsere Beobachtung für den Dermatologen auch noch eine allgemeine Bedeutung haben.

Im vorliegenden Fall sahen wir viele ähnliche Züge nicht nur im klinischen, sondern auch im histologischen Bilde mit den „Lichenes" von verschiedenem anderen Ursprung. So hatten wir in zahlreichen Fällen von L. syphiliticus Gelegenheit, nach der ersten Quecksilberinjektion (bzw. Neosalvarsaninfusion) diffuse Rötung von unregelmäßig netzförmigen Umrissen zu beobachten, welche deutlich die Grenzen des peripheren Areolen des temporär exazerbierten Entzündungsprozesses im Konnex mit der sogenannten Herxheimerschen Reaktion überstieg. Wir sind geneigt, zu glauben, daß diese Rötung, die ihrem Wesen nach auch eine Äußerung der Herxheimerschen Reaktion war, auf das wahrscheinliche Vorhandensein von verbreiteten und auch kaum wahrnehmbaren (?) Veränderungen der Haut weit über die Grenzen des lichenoiden Ausschlags hinaus auch bei L. syphiliticus zurückzuführen. Mit einem Wort, wir sehen bei L. syphiliticus gerade ein ebensolches Bild, wie wir es bei unserem Leprakranken beobachtet haben[5]). Würde sich diese Annahme bestätigen, so wäre es natürlich, auch bei L. scrofulosorum analogen Veränderungen nachzuforschen. Übrigens gibt es schon histologische Untersuchungen, wo bei L. scrofulosorum häufig diffuse Veränderungen der Haut erwähnt werden[4]).

---

[1]) Dagegen spricht auch das Fehlen einer Reaktion bei intrakutaner Einführung aus Leprabazillen (Prof. Kedrowski) bereiteter Vakzine. — [2]) An ganz jungen Ausschlag, d. h. an solchen zu denken, wo die Reaktion des Organismus noch nicht Zeit gehabt hat sich zu entfalten, erlaubt die profuse Menge der Bazillen in der Kutis nicht (auch wenn man den Angaben des Pat. über Alter des Ausschlags nicht Rechnung tragen will). — [3]) Bei der histologischen Untersuchung eines zwerghaften tuberkulösen Syphilids, das klinisch mit einem kaum wahrnehmbaren netzförmigen Erythem (vom Typus Erythema tertiarum?) verbunden war, beobachteten wir ein ähnliches Bild in Gestalt eines perifollikulären knotigen Infiltrats im Verein mit verbreiteter Perivaskulitis hauptsächlich im Bereich des oberflächlichen Gefäßnetzes. — [4]) Schon abgesehen von den „Ausläufern" des Infiltrats die Bindegewebsbündel und Gefäße entlang, welche stets selbst bei scharf abgegrenzten perifollikulären Formen gefunden werden.

Digitized by Google

Solcher Art sind z. B. LAFFITTES, HALLOPEAUS und BUREAUS Beobachtungen. Auf die verschwommenen Grenzen des Infiltrats bei L. scrofulosorum weist PORGES hin, und auch KAPOSI, LUKASIEWICZ und EHRMANN erwähnen der Ausdehnung des Infiltrats auf den Follikeln anliegenden Stellen. Auch KLINGMÜLLER beobachtete stets bei tuberkuloseartigem Bau der Knötchen bei Lichen einen einfachen Entzündungsprozeß in deren Umgebung. PORGES und JULIUSBERG fanden bedeutende Veränderungen in den tiefgelegenen Teilen der Haut (Unterhautgewebe[1]). Derartige diffuse Veränderungen der Haut maskierten zuweilen in einzelnen Beobachtungen den Akzent des pathologischen Prozesses im follikulären Apparat so sehr, daß sie die Autoren veranlaßten, die Erkrankung dieses Apparats bei L. scrofulosorum überhaupt (BECK und GROSS, SACK u. a.) abzuleugnen.

Unser Fall bietet noch von einem Standpunkt aus Interesse. Man ist berechtigt, ihn den „unsichtbaren" Dermatosen (wenn man sich so ausdrücken darf) zuzurechnen, zu denen z. B. die kaum wahrnehmbaren Flecken bei derselben Lepra gehören, sowie die präleukodermischen Veränderungen in manchen Fällen von syphilitischer Leukoderma, das von uns erwähnte Erythem in manchen Fällen von L. syphiliticus[2]).

Hierzu kann man auch das von einem von uns beobachtete Erythem der Fußsohlen bei einem kondylomatösen Syphilitiker rechnen. In diesem Falle wurde das Erythem durch eine dicke Hornhautschicht maskiert und wurde von uns erst später bemerkt, als nach einer Salvarsaninfusion ihre Farbe sich rasch veränderte (blasser wurde[3]).

Vom Standpunkt der Verschwommenheit, Unklarheit des klinischen Bildes, d. h. der morphologischen Veränderungen der Haut aus, deren pathologischer Charakter sich jedoch durch die gleichzeitig vorhandenen, mehr oder weniger deutlichen histologischen Veränderungen bestätigt, sollten auch die mit bloßem Auge kaum wahrnehmbaren Veränderungen der Haut mit eingeschlossen werden, die man um manche Ausschläge herum z. B. in Gestalt eines pseudoatrophischen Randes im Umkreis der psoriatischen Plaques (VERROTTI, HASLUND, WORONOW), in Gestalt miliarer Knötchen von der Farbe der normalen Haut im Umkreis einiger Ausschläge bei Lichen ruber planus, ähnlicher Knötchen um lupöse Herde herum usw.

---

[1]) JULIUSBERG nimmt sogar an, daß man solche Veränderungen des Unterhautgewebes häufiger (wenn nicht beständig?) finden würde, wenn man beim Biopsieren die Stückchen tief genug herausschnitte. — [2]) Ob es möglich ist, in diese Kategorie Fälle von kongenitaler Syphilis einzuschließen, wo die histologische Untersuchung (außer den typischen Veränderungen) Anhäufungen von Spirochäten in Geweben zeigt, in denen sich keine reaktiven Entzündungserscheinungen kundgeben, oder ob es richtiger wäre, dies durch eine Vermehrung der Spirochäten schon nach dem Absterben des Fötus zu erklären, ist schwer zu entscheiden. — [3]) Bei der Rückbildung derselben wurde profuse plattenförmige Desquamation der Haut an den Fußsohlen beobachtet. Außer dem Erythem hatte dieser Kranke auch noch einen Ausschlag von Pemphigus syphiliticus (adultorum). Alle diese Eigentümlichkeiten weisen auf die anscheinlich vollständige Analogie des syphilitischen Erythems bei dem beschriebenen Kranken (mit erworbener Syphilis) mit ebensolchen Veränderungen an den Fußsohlen bei Kindern mit kongenitaler Syphilis. Dieser Kranke befand sich in unserer Klinik im Jahre 1919 und wurde von einem von uns beschrieben und in der Moskauer Dermatologischen und venerologischen Gesellschaft demonstriert. Einen ähnlichen Fall beschrieb HALLOPEAU.

Digitized by Google

Aus der Abteilung für Hautkrankheiten der Budapester Graf-Albert-Apponyi-Poliklinik (Vorstand: Prof. Dr. L. Török).

Weitere Beiträge zur Überempfindlichkeit der Haut.

Von

E. Lehner und E. Rajka.

(Schluß.)

In unseren übrigen Fällen (Nr. 1, 2, 6, 8 und 9) erzeugten schon die ersten Einwirkungen mit der betreffenden Substanz die Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut; es muß daher angenommen werden, daß bei ihnen konstitutionelle Momente eine Rolle spielen. Es kann aber vorkommen, daß in gewissen Fällen neben konstitutionellen Momenten eine ziemlich rasch einsetzende Sensibilisierung ebenfalls mitwirkt. Bei Fall 1 und 2 entwickelte sich nämlich nur an den mit Chrysarobin bzw. Quecksilber eingeriebenen Stellen, sofort nach der ersten Einwirkung, eine ekzematiforme Entzündung; nach der zweiten Einwirkung entstand hingegen neben starker Entzündung von ekzematiformem Charakter an den eingeriebenen Hautstellen, vermutlich infolge eintretender allgemeiner Sensibilisierung, ein universelles Erythem bzw. Urtikaria und Quincke-Ödem.

Noch mehr beweisend für die Bildung von Reaktionskörpern sind die folgenden Fälle, von welchen der eine: eine experimentell hervorgerufene Senfölüberempfindlichkeit, bereits mitgeteilt wurde, und bei welchem es gelang, eine allgemeine Sensibilisierung der gesamten Hautoberfläche gegenüber dem Senföl durch öfteres Einreiben in die Rückenhaut zu erzeugen. In diesem Falle mußte angenommen werden, daß die Anlage zur Senfölüberempfindlichkeit latent vorhanden war, denn unsere Patientin reagierte schon bei der ersten Berührung mit Senföl mit größerer Lokalreaktion (Hyperämie) als die Kontrollversuchspersonen; die allgemeine Sensibilisierung entstand aber erst nach wiederholtem Kontakt mit dem Senföl. In einem zweiten Falle rief der einmalige Kontakt mit der betreffenden Substanz eine latente, lokalisierte Sensibilisierung hervor, welche erst beim zweiten Kontakt mit der Substanz zum Vorschein kam. Es handelte sich in diesem Falle um einen 28jähr. Mann, der seine Skrotum- und Mons-pubis-Gegend wegen Phthirii mit grauer Salbe einmal eingerieben hatte. Diese Behandlung verursachte bei ihm keinerlei krankhafte Symptome. Ungefähr nach 4 Monaten bediente er sich aus demselben Grunde wieder einmal derselben Salbe, rieb aber diesmal den ganzen Körper ein, worauf in der Skrotum- und Mons-pubis-Gegend, genau an den Stellen, wo die Salbe das erste Mal gewirkt hatte, eine scharf umschriebene ekzematiforme Hautentzündung entstand; die übrigen Körperteile blieben hingegen von der Entzündung verschont.

Der Nachweis der Reaktionskörper, von welchen demnach angenommen werden kann, daß sie in vielen Fällen erst durch einen kürzeren oder längeren Kontakt mit der sensibilisierenden Substanz im Organismus entstehen, wird in erster Reihe durch die biologischen Reaktionen gesichert.

Digitized by Google

Die Kutanprüfungen (Lokalreaktion) ergaben in allen unseren Fällen ein positives Resultat; außerdem waren Herd- und Allgemeinreaktionen zwar nicht in allen Fällen, jedoch ziemlich oft vorhanden.

Der direkte Nachweis der spezifischen Reaktionskörper durch Tierversuche (passive Übertragung) bzw. durch Hautextrakte und Sera überempfindlicher Personen an den anderen Individuen stößt derzeit auf Schwierigkeiten. Es ist bisher noch nicht einwandfrei bewiesen, daß die Arzneiidiosynkrasie passiv übertragbar ist, wie bei der Eiweißüberempfindlichkeit, bei welcher besonders in letzter Zeit mehrere gelungene Übertragungsversuche verzeichnet wurden (Rebaudi, de Besche, Salès et Verdier, Salès, Debray et Verdier usw.). Einige mit positivem Ergebnis durchgeführte Übertragungen in Fällen von Arzneiüberempfindlichkeit (Tzanck, Raynaud, Montpellier et Lacroix), darunter auch der von uns mitgeteilte Senfölüberempfindlichkeitsfall, scheinen aber zu zeigen, daß es unter gewissen Bedingungen doch gelingen wird, diesen Unterschied zu eliminieren, besonders wenn man nicht nur den Maximaleffekt als Beweis für die Übertragung erzwingen will (Doerr). Der Übertragungsversuch nach der Methode Prausnitz und Küstner ist, wie unsere a. a. O. mitgeteilten Versuche zeigten, nicht genügend spezifisch, so daß sie in der jetzt geübten Ausführung für die spezifische Übertragung der Reaktionskörper nicht brauchbar erscheint. Ob die Übertragungsmethode von Urbach durch intrakutane Injektion des Bläscheninhaltes, welcher durch Setzen eines Kantharidinpflasters an einer überempfindlichen Hautstelle gewonnen wird, brauchbare Resultate liefert, werden erst künftige Versuche zeigen müssen.

Ad 2. Es sind genügend Fälle bekannt, bei welchen sich die Arzneiüberempfindlichkeit ebenfalls desensibilisieren ließ (Widal, Abrami et Joltrain, Widal et Vallery-Radot, Gougerot et Blamoutier, Strickler, Duncan, Dakins, Cr. Low usw.).

Ad 3. Die Überempfindlichkeit auslösende Substanz ist bei den Arzneiidiosynkrasien spezifisch eingestellt (s. die Kutanprüfungen), analog den Eiweißüberempfindlichkeitsfällen. An dieser Tatsache ändert nichts der Umstand, daß während der spezifischen allgemeinen Sensibilisierung eine erhöhte Erregbarkeit gegenüber anderen, nichtspezifischen äußeren und inneren Ursachen nachweisbar ist, und daß sich die Überempfindlichkeit gleichzeitig gegen mehrere Stoffe richten kann. (Vgl. hierzu Jadassohn und unsere 2. Mitteilung betreffs der unspezifischen Sensibilisierung.)

Die klinische Form der Überempfindlichkeit äußert sich an der Haut entweder in der Form von Erythem-Urtikaria bzw. Quincke-Ödem oder in ekzematiformer Entzündung. Die Unterschiede in der äußeren Erscheinungsform der Reaktion haben wir auf 3 Hauptursachen zurückgeführt, und zwar:

1. auf quantitative Differenzen der pathogenen Substanz,
2. auf die Lokalisation der Überempfindlichkeit und
3. auf den Entstehungsweg der Hautentzündung.

Die Quantität des Reizes, worauf besonders Jadassohn hingewiesen hat, spielt zweifelsohne eine große Rolle. Nach Urbach ist der idiosynkrasiche Reaktionstypus eine Funktion der Stärke des jeweiligen Reizes. Diese Erklärung bezieht sich auf die Fälle, bei welchen dieselbe Substanz

Digitized by Google

auf exogenem Wege ekzematiforme Entzündung, auf hämatogenem Wege Erythem-Urtikaria hervorruft; denn auf exogenem Wege gelangt die Substanz konzentriert, auf hämatogenem Wege durch die Blutmenge diluiert mit der Haut in Berührung (vgl. die Fälle 1, 2 und 7). In diesen Fällen wurde nämlich die Substanz aus dem ekzematösen Gebiet in die Blutbahn resorbiert und erzeugte an entfernt gelegenen Stellen Quaddeln und Erytheme, wie wir das schon früher beschrieben haben (Depotwirkung LEHNER und RAJKA) und neuerdings auch KREIBICH annimmt. Wir konnten aber schon in unseren früheren Arbeiten einige Fälle mitteilen, welche veranschaulichten, daß die Quantitätstheorie nicht ausreicht, um die Unterschiede in der klinischen Erscheinungsform, d. h. im Grade und in der Art der krankhaften Veränderungen der Haut, zu erklären. Diese Fälle weisen darauf hin, daß auch andere Momente eine Rolle spielen, und dies ist vor allem die Lokalisation der Überempfindlichkeit (LEWANDOWSKY).

Wenn auch URBACH zugegeben werden kann, daß Epidermis und Kutis in vielen Beziehungen eine funktionelle Einheit bilden, so müssen wir, wie JADASSOHN betont, „jetzt . . ., da wir tieferen Einblick in die speziellen biochemischen Eigenschaften der einzelnen Gewebe gewonnen haben", untersuchen, welches Gewebe bei den Überempfindlichkeitsreaktionen primär beteiligt ist. Durch klinische und experimentelle Untersuchungen gelangten wir zu dem Resultate, daß der Angriffspunkt die Gefäßwand (Endothelzellen) ist (vaskuläre Überempfindlichkeit). In einer Reihe von Fällen konnten wir nämlich beobachten, daß die Epidermis an der Überempfindlichkeit nicht mitbeteiligt war, was sich darin äußerte, daß sich im klinischen Bilde Erythem oder Urtikaria (keine ekzematiforme Entzündung) bildete und die Kutanproben bei unversehrter Epidermis negativ blieben (s. Fall 8 und 9). Die unversehrte Epidermis leistete nämlich in diesen Fällen genügenden Widerstand, so daß die betreffende Substanz nicht zu den Blutgefäßen gelangen konnte; erst wenn das Epithel durch Skarifikation zerstört wurde oder die Substanz durch intrakutane Injektion gleich zu den Gefäßen gelangte, wurde die Entzündungsreaktion positiv.

Für die Annahme einer vaskulären Überempfindlichkeit sind auch die Fälle von subkutanem Ödem (Quincke) verwertbar, denn bei ihnen ist die epitheliale Genese unwahrscheinlich. Bei den idiosynkrasischen Prozessen, wenn sie sich in anderen Organen abspielen, werden ebenfalls die Gefäßwände, d. h. die Endothelien, betroffen, bzw. es stehen deren Reaktionen im Vordergrund, analog mit den Hautidiosynkrasien, wo dasselbe Gewebe die größte Rolle spielt.

Die vaskuläre (endotheliale) Genese der Idiosynkrasien wird durch die neuesten Untersuchungen sehr wahrscheinlich gemacht (SIEGMUND, OELLER, RÖSSLE usw.), und wie DOERR sagt, „man erhält den unmittelbaren Eindruck, daß die idiosynkrasische Noxe . . . direkt am Endothel angreift". Es muß angenommen werden, daß die pathogene Noxe entweder im Blute kreisend oder von außen einwirkend die Endothelzellen der kleinsten Gefäße angreift, wodurch diese für Kolloide (Eiweiß) und Blutkörperchen durchlässiger werden.

Aber auch das Epithel kann überempfindlich sein. Ohne die Annahme einer epithelialen Überempfindlichkeit wären die von außen hervorgerufenen

Digitized by Google

Idiosynkrasien gar nicht erklärbar. Die Existenz der epithelialen Überempfindlichkeit wird bewiesen durch Fälle, bei welchen die Kutanproben auch bei unversehrter Epidermis positiv ausfallen; im klinischen Bilde sehen wir bei diesen in der Regel eine ekzematiforme Entzündung, welche meistens exogen, selten auf hämatogenem Wege hervorgerufen wird (vgl. hierzu unsere Arbeit in der Derm. W.). In diesen Fällen nimmt das Epithel an der Überempfindlichkeitsreaktion teil, was sich im klinischen Bilde in Bläschen- und Schuppenbildung äußert (vaskulo-epitheliale Überempfindlichkeit).

Es ist aber auch möglich, daß die Epidermiszellen, trotz ihrer Überempfindlichkeit, an der Reaktion nicht teilnehmen. Es entwickelt sich nämlich in diesen Fällen neben einer auf exogenem Wege entstandenen ekzematiformen Entzündung durch Resorption der pathogenen Substanz ein hämatogen bedingtes Erythem oder eine Urtikaria oder ein Quincke-Ödem (s. Fall 1, 2 und 7). Diese Fälle sind es eben, welche uns schon früher zu der Annahme gezwungen haben, daß bei der Entstehung der klinischen Form der entzündlichen Überempfindlichkeitsreaktionen auch der Weg von Bedeutung ist, auf welchem die Substanz in die Haut gelangt.

Buschke und Ollendorff bezweifeln an der Hand ihres Falles von Ursolekzem die Existenz der vaskulären Überempfindlichkeit. Allerdings scheint es, als ob die beiden Autoren die vaskuläre Theorie mit der humoralen identifizierten. Die vaskuläre Theorie ist aber, nach unserer Auffassung, ebenfalls eine zelluläre Theorie, und besagt bloß, daß die pathogene Noxe primär die Gefäßwand, d. h. ihre Zellen (Endothelien) angreift, und daß sich die Überempfindlichkeitsreaktion (Antigen-Antikörperreaktion [Doerr]) oder an den Endothelzellen abspielt. Bei der Sensibilisierung werden also vorerst die Uferzellen der Kapillaren betroffen, welche, wie aus den neuesten Untersuchungen klar hervorgeht, den Stoffwechsel zwischen Blut und Gewebe vermitteln. Mit Recht betont Doerr, „daß die alten Gegensätze zwischen humoraler und zellulärer Betrachtungsweise . . . einer schon durch die Raumbeziehungen des Endothels vorgezeichneten Lösung entgegengehen" dürften.

Literatur.

Lehner u. Rajka, Arch. f. Derm., 1924, Bd. 146, S. 253. — Lehner u. Rajka, W. m. W., 1924, Nr. 44. — Lehner u. Rajka, D. m. W., 1925, Nr. 20. — Lehner u. Rajka, Derm. W., 1924, Bd. 79, S. 1683. — Kreibich, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 17, S. 266. — Doerr, Die Naturwissenschaften, 1924, H. 47. — Schürch, Kl. W., 1925, S. 11. — Urbach, Arch. f. Derm., Bd. 140, H. 1. — Jadassohn, Kl. W., 1923, Nr. 36—38. — Buschke u. Ollendorff, Kl. W., 1925, Nr. 24.

Digitized by Google

Aus der dermatologischen Abteilung des städt. Krankenhauses in Elberfeld (Chefarzt: Prof. Dr. HÜBNER).

Erfahrungen mit Wismut-Diasporal.

Von

Dr. F. W. PORTMANN.

Die Überschwemmung des Marktes mit Wismutpräparaten, sei es zur intravenösen oder zur intramuskulären Behandlung, hat naturgemäß zur Folge, daß der Praktiker nicht selten im Zweifel sein wird, für welches der vielen Präparate — nach SEZDORF gibt es deren etwa 60—70 — er sich entscheiden soll. Es war eine Reihe von Überlegungen, die uns gerade die intravenöse Therapie für besser und aussichtsreicher erscheinen ließ als die intramuskuläre. Zunächst fällt der mehr oder weniger starke Injektionsschmerz und die zuweilen darauf folgende entzündliche Gewebsinfiltration bei der intravenösen Einspritzung von vornherein weg.

Sodann sagten wir uns, daß die schlagartige, oft verblüffende Wirkung des Salvarsans, die sich in dem schnellen Verschwinden der Spirochäten und der klinischen Symptome sowie in der Beeinflussung der Seroreaktion zeigt, mit einem Wismutpräparat auch annähernd nur dann zu erzielen ist, wenn man es ebenso wie das Salvarsan intravenös injiziert. Denn nur die plötzliche Überschwemmung des gesamten Organismus mit dem Antiluetikum kann eine schnelle, intensive Wirkung erreichen.

Im Gegensatz hierzu wird bei der intramuskulären Injektion ein Depot angelegt, aus dem das Wismut nur langsam resorbiert wird und infolgedessen nur ganz allmählich in die Blutbahn gelangt.

Wir haben nun seit über einem Jahre Versuche mit einem von der Firma Dr. Volkmar-Klopfer, Dresden-Leubnitz, hergestellten Präparate gemacht. Bei diesem Wismutpräparat, dem sogenannten Wismut-Diasporal, handelt es sich um ein milchig aussehendes, kolloidales Wismuthydroxyd. Theoretisch soll dieses den Vorzug haben, daß es infolge eines eiweißfreien Schutzkolloids keine Überempfindlichkeitserscheinungen macht. Dieses intravenös zu injizierende Wismut-Diasporal verwandten wir in Ampullen zu je 50 und 100 mg. Wir gaben zweimal wöchentlich eine Einspritzung, die erste zu 50, die folgenden zu je 100 mg. Im ganzen verabreichten wir etwa 10—14 Injektionen. Es ist also sowohl die Einzeldosis als auch die Gesamtmenge des von uns injizierten Wismuts bedeutend größer als die von NEUENDORFF-Halle und DYBOSKI-Krakau injizierten Mengen, die 10 resp. 20 mg als Einzeldosis und 50 resp. 100—300 mg insgesamt bei einer Kur nicht überschritten. Die Befürchtungen dieser beiden Verff., daß bei einer höheren Dosierung des Mittels die Durchführung der Kur infolge unangenehmer Nebenerscheinungen unmöglich sein werde, hat sich nach unseren Erfahrungen nicht bestätigt. Die anfangs von uns mit der oben geschilderten Methode gemachten Erfahrungen waren derart günstig, wie wir es nicht erwartet hatten. Es sei allerdings gleich vorweg bemerkt, daß wir nicht wahllos jeden Fall von Syphilis mit Wismut behandelten. So glaubten wir es nicht verantworten zu können, bei Fällen von frischer Lues von der altbewährten Salvarsanbehandlung Abstand zu nehmen. Die Hauptdomäne der Wismut-Diasporalbehandlung sahen wir in den sekundären Fällen sowie bei Lues latens, wenn vorher trotz mehrerer Salvarsankuren die WR positiv geblieben war. Hier suchten wir nach einem Ersatzmittel für Salvarsan, das ja erfahrungsgemäß in der Sekundärperiode, namentlich bei schlechter Vorbehandlung, häufig nicht zur Negativierung der WR führt und außerdem in salvarsanüberempfindlichen und resistenten Fällen kontraindiziert ist. Im Wismut-Diasporal hofften wir ein solches Mittel zu finden.

Wenn wir im folgenden zur Beurteilung der therapeutischen Wirkung uns immer auf die Beeinflussung der WR berufen, so sind wir uns wohl bewußt, daß wir nur ein, und zwar ein aus manchen Gründen noch diskutables und problemreiches Symptom der Lues in Betracht ziehen; allein es hat sich ergeben, daß die Veränderungen der Seroreaktion während der Kur immerhin noch der bestvergleichbare Ausdruck für die Reaktionsvorgänge im kranken Organismus sind.

Mit der ersten von der Firma Klopfer uns zugegangenen Sendung von Wismut-Diasporal behandelten wir nach der oben angegebenen Methode 6 Fälle von Lues latens

Digitized by Google

und 7 von Lues secundaria. Bei allen 13 Fällen war die WR anfangs sehr stark positiv. Am Ende der Kur war sie in 12 Fällen negativ geworden und nur in einem Fall von Lues II stark positiv geblieben. Also ein ausgezeichnetes Ergebnis! Ebenso eklatant wie die Beeinflussung der Seroreaktion war die Wirkung auf die klinischen Erscheinungen. Selbst in dem Falle von Lues II, bei dem die WR positiv geblieben war, gingen die klinischen Erscheinungen prompt zurück. Nässende Papeln trockneten bereits nach den ersten Spritzen ein und waren meist nach 3—4 Injektionen ganz verschwunden. Auch die Spirochäten waren in fast allen Fällen 24 Stunden nach der ersten Injektion im Dunkelfeld nicht mehr nachzuweisen. Wie wertvoll die Wismutbehandlung bei salvarsanresistenten Fällen sein kann, beweist ein Fall von Lues II, bei dem sich zahlreiche hypertrophische Papeln am Genitale vorfanden. WR sehr stark positiv. Trotz der durchgeführten Salvarsankur (12 Injektionen) wurden die Papeln nicht im geringsten beeinflußt. Die WR blieb ebenfalls sehr stark positiv.

Bereits nach einer Injektion von Wismut-Diasporal (50 mg) begannen die Papeln einzuschmelzen und waren nach drei weiteren Injektionen (je 100 mg) völlig verschwunden. Die angestellte WR war jetzt negativ.

Unangenehme Nebenwirkungen konnten wir bei keinem von den 13 Fällen beobachten. Trotz der großen verabreichten Wismutmengen waren weder Nierenschädigungen festzustellen, noch traten Durchfälle, Erbrechen oder Kopfschmerzen auf. Auch die von Dyboski festgestellten Temperaturerhöhungen nach jeder Injektion sahen wir, trotzdem wir — wie oben erwähnt — erheblich größere Menge injizierten, in keinem Falle. Außer ganz geringen Zahnschmerzen, die in zwei Fällen nach verschiedenen Injektionen auftraten, aber der Durchführung der Kur in keiner Weise hinderlich waren, zeigten sich bei dieser ersten Gruppe von mit hohen Wismutdosen behandelten Fällen keine Nebenerscheinungen.

Inzwischen erhielten wir von der Firma Klopfer zur Fortsetzung unserer Versuche eine neue Sendung, die sich von der ersten schon rein äußerlich dadurch unterschied, daß an Stelle der milchig-weißen Emulsion eine klare, gelbliche Flüssigkeit getreten war. Dem veränderten Aussehen entsprach eine andere chemische Zusammensetzung. Die Firma hatte nämlich dem nach der alten Methode hergestellten Wismut-Diasporal Natriumzitrat hinzugesetzt. Hierdurch waren Komplexverbindungen eingetreten, die eine Erhöhung des Dispersionsgrades zur Folge hatten. Das Präparat war im chemischen Sinne ein Fortschritt. Es bewährte sich jedoch therapeutisch jetzt viel weniger, weil es sich in seiner Wirkung für den Trigeminus II und III viel neurotroper erwies als die erste Herstellungsnummer. Dieser Umstand war es, der die Verwendungsmöglichkeit des neuen Präparates erheblich verringerte. Während bei dem ersten Präparate die Zahnschmerzen nur selten und schwach auftraten, setzten sie jetzt bei einigen Fällen mit derartiger Heftigkeit ein, daß wir auf die Fortsetzung der Wismut-Diasporalbehandlung verzichten mußten. Selbst durch Trigemin, ja in einigen Fällen sogar durch Morphium, ließ sich keine Linderung der Schmerzen herbeiführen. Und zwar waren es 7 von 26 Fällen, bei denen wir so auf eine Wismutkur mit dem neuen Präparate verzichten mußten. Die Zahnschmerzen traten meist in unmittelbarem Anschluß an die Einspritzung auf. Ebenso wie Gutmann konnten wir feststellen, daß die Schmerzen fast immer die Zähne selbst, weniger das Zahnfleisch, den Kieferknochen oder die Mundschleimhaut betrafen.

Wie ist es nun zu erklären, daß bei dem ersten uns zur Verfügung gestellten Wismut-Diasporal fast überhaupt keine Zahnschmerzen auftraten, während diese bei dem neuen Präparate oft mit solcher Heftigkeit einsetzten?

Es besteht wohl kein Zweifel, daß der erhöhte Dispersionsgrad diese intensive, elektive, neurotrope Wirkung auslöste. Der Gehalt an Wismut war ja bei beiden Präparaten der gleiche geblieben. Gutmann sagt in seiner Abhandlung über Nadisan-Kalle, ein ebenfalls intravenös einzuspritzendes Wismutpräparat, daß das außerordentlich häufige Auftreten von Zahn- und Kieferschmerzen in der Hauptsache nicht dem Mittel als solchem zur Last falle, sondern der hohen Dosierung. Dies ist aber, wie sich aus unseren Fällen ergibt, nur in beschränktem Maße zutreffend; in der Hauptsache ist der erhöhte Dispersionsgrad der Grund für die intensiven Zahnschmerzen. Im übrigen sind wir aber vollkommen Gutmanns Ansicht, daß daneben die Beschaffenheit des Gebisses, der Zustand des Nervensystems und überhaupt die allgemeine Konstitution von Bedeutung ist. Von sonstigen Nebenerscheinungen wäre noch ein Fall zu erwähnen, bei dem eine derart heftige Stomatitis ulcerosa auftrat, daß man mit der Wismutbehandlung aussetzen mußte. In zwei weiteren Fällen traten leichte Diarrhoen und in einem anderen Falle

Digitized by Google

Schüttelfrost kurz nach der Einspritzung auf. Die Behandlung konnte jedoch in diesen 3 Fällen durchgeführt werden. Im ganzen waren es 18 Fälle, die wir mit dem neuen Wismutpräparate durchbehandeln konnten. Unter diesen waren wiederum nur 12, die überhaupt keine, und 6, die zwar Zahnschmerzen hatten, aber nur mäßigen Grades und von kurzer Dauer.

Wie war nun die therapeutische Wirkung des hochdispersen Wismutpräparates? Die klinischen Symptome wurden in derselben oft erstaunlich schnellen Weise beeinflußt wie bei dem ersten Präparat. Anders aber war es mit der Beeinflussung der Seroreaktion. Wir mußten eine ganze Reihe von Versagern feststellen, die wir nach den ersten Erfolgen mit dem ersten Präparat nicht erwartet hatten. Nur bei 8 Fällen wurde die WR am Ende der Kur negativ; bei 3 weiteren Fällen zeigte sich eine Beeinflussung der Seroreaktion nach der negativen Seite hin, bei 7 Fällen blieb die WR unbeeinflußt. (Von einer Veröffentlichung der Krankengeschichten mußte wegen Raummangel Abstand genommen werden.)

Neuerdings wurde nun auf unsere Veranlassung das Wismut-Diasporal von der Firma Klopfer in der alten Weise, d. h. mit dem geringen Dispersionsgrad hergestellt. Ob wir mit diesem wieder die anfänglichen Erfolge erzielen werden, muß die Zukunft lehren.

Fassen wir das Ergebnis unserer Ausführungen zusammen, so können wir feststellen, daß von 31 mit Wismut-Diasporal durchbehandelten Fällen die Seroreaktion in 65% negativ, in 10% der Fälle nach der negativen Seite hin beeinflußt wurde; in 25% der Fälle blieb sie unbeeinflußt.

Das ist ein Resultat, das noch nicht völlig an das mit reinen Salvarsankuren bei den gleichen Luesstadien erzielte heranreicht, immerhin ihm aber nahekommt.

Wismut-Diasporal wird mithin immer dann mit Vorteil angewandt werden können, wenn Salvarsan wegen bestehender Überempfindlichkeit kontraindiziert ist, oder wenn es sich um einen der sogenannten salvarsanresistenten Fälle handelt.

Es ist zu hoffen, daß bei richtiger Wahl des Dispersionsgrades, den die Fabrik anfangs instinktiv richtig getroffen hatte, die Zahnschmerzen fehlen oder auf einem erträglichen Niveau bleiben werden, während die therapeutische Wirkung bei geeigneten Fällen die des Salvarsans sogar noch übertreffen kann.

Referatenteil

redigiert von Dr. MARIE UNNA, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Niederländischer Dermatologenverein.

Sitzung am Sonntag, 19. März 1925.

Demonstrationen.

P. G. Rinsema: **Schamberg's „Progressive Pigmentary Disease of the Skin".**

Mendes da Costa: **Eigenartige Pigmentverteilung bei Blutstauung des Unterschenkels.** In der pigmentierten Haut der Unterschenkel einer Frau von 63 Jahren zeigten sich kleine, kaum wahrnehmbare weiße Stellen. Die Haut schält sich ab, und in den Schuppen ist viel Pigment vorhanden. Die Frage ist, wenn das Pigment von Blutungen herstammt, wie es dann in die Oberhaut transportiert wird.

K. Edel: **Erythrodermia ichthyosiformis** (Brocq).

Mendes da Costa: **Granuloma annulare** bei einer Patientin, welche früher Lupus gehabt hat. Patientin, die vor Jahren wegen Lupus behandelt wurde, zeigte kleine Erhabenheiten, welche histologisch das Bild von Granuloma annulare zeigten. An verdächtigen Stellen, welche früher leprös erkrankt gewesen sein sollen, wurden keine charakteristischen Veränderungen gefunden. In der Diskussion sagt Carol, einen Fall beobachtet zu haben, worin nach Exzision eines Lupusherdes um die Narbe kleine Herde entstanden, welche klinisch zum Granuloma annulare gehörten.

Louws: **Lepra mixta.**

Digitized by Google

v. Leeuwen: **Acanthosis nigricans.** Es bestand Carcinoma ventriculi.
Mendes da Costa: **Naevus verrucosus linearis.**
Papegaay: **Sarcoma multiplex haemorrhagicum idiopathicum** (Kaposi).
Papegaay: Ein Patient mit **Lymphogranulomatosis** mit Hauterscheinungen.
Carol: **Adiponecrosis subcutanea neonatorum.** Redner meint, daß dieses ein selbständiges Krankheitsbild ist, das zu unterscheiden ist von Scleroedema, Sclerema adiposum und Sklerodermie.
Carol: **Tuberculosis cutis indurativa disseminata.** Von Impfungen von zwei Meerschweinchen war eine negativ und die zweite bis jetzt noch fraglich. J. D. Kayser-Haag.

Dermatologische Zeitschrift.

1925, Bd. 44, H. 6.

Zur Ätiologie der Arthropathia tabica acuta inflammatoria, von H. W. Siemens und G. Cohen, Univ.-Hautkl. u. Polikl. München. S. 317. Ein 54jähr. Pat. mit ausgesprochener Tabes dorsalis erkrankte akut unter sehr starken Schmerzen und Fieber an einer phlegmoneähnlichen Schwellung des rechten Handgelenkes. Vier Wochen später trat eine vorübergehende Lymphangitis auf. Auf feuchte Verbände und Kollargol intravenös stellte sich Besserung ein. Röntgenologisch wurde eine mäßige Atrophie auf tabischer Grundlage festgestellt. Abgesehen von dem günstigen Verlauf und dem Hinzutreten einer Lymphangitis stimmt das Leiden mit dem von französischen Autoren als Arthropathie tabétique aiguë inflammatoire ou pseudophlegmoneuse beschriebenen Krankheitsbild überein. Während diese annehmen, daß der ganze Prozeß allein durch die Pallida und die durch ihre Tätigkeit freiwerdenden Toxalbumine bedingt werde, glauben Siemens und Cohen, das Leiden auf eine Sekundärinfektion zurückführen zu müssen, wenn auch keine Eintrittspforte nachgewiesen werden kann und das Gelenkpunktat steril ist. Für das Vorhandensein sekundärer Infektionserreger spricht der überaus akute Beginn, die unregelmäßige Fieberkurve und die meist infauste Prognose.

Fox-Fordyces Krankheit, von H. C. S. Finsen, Derm. Univ.-Kl. Kopenhagen. S. 322. Verf. berichtet über einen typischen Fall bei einer 21jähr. Patientin. Verf. faßt die Erkrankung als Neurodermitis auf. Therapeutisch hat sich die Exstirpation der erkrankten Stelle bewährt.

Ein Fall von Pemphigus vegetans, der innerhalb kurzer Zeit völlig ausheilte, von J. Weitgasser, Derm. Univ.-Kl. Graz. S. 328. Verf. berichtet über einen Fall von Pemphigus vegetans bei einem 32jähr. Pat., der mit typischen Blasen und Wucherungen auf der Haut, an der Mund- und Rachenschleimhaut und Beteiligung der oberen Wege des Larynx und Ösophagus einherging. Im Harn und Blut war Urobilin vorhanden. Pat. wurde mit Neosalvarsan (Dosis 1), das in 20 ccm 50%iger Traubenzuckerlösung gelöst wurde, behandelt und erhielt als Analeptikum Ol. camphorat. 1 Woche lang. Schon nach der 2. Injektion (Neosalvarsan Dos. 2) begannen die Blasen zu schrumpfen, die Erosionen und Papeln reinigten sich und zeigten Tendenz zur Heilung. Neue Blasen traten nicht mehr auf. Pat. erhielt im ganzen 15 Salvarsaninjektionen und konnte als geheilt entlassen werden. Zur Mundpflege haben sich Spülungen mit Species Althaeae bewährt. Das Blutbild zeigte im Stadium der Eruption Eosinophilie und Mononukleose. Mit dem Schwinden der klinischen Erscheinungen wurde das Blutbild wieder normal. Auch der Harn zeigte dann normale Beschaffenheit. Der Stoffwechsel war während des akuten Stadiums gestört und blieb es noch nach dem Abklingen der Blasen.

Lues und Karzinom, von W. Post, Univ.-Hautkl. Marburg a. d. L. S. 337. Die 55jähr. Patientin weist auf der rechten Nasenseite neben intensiver blaurötlicher Verfärbung und auffallendem Glanz der Oberhaut einzelne bräunlichrote Knötchen auf. Auch die darunterliegende Oberlippenpartie zeigt einige erbsengroße, zum Teil konfluierende Herde. Die Basis der linken Seite der Nase ist anscheinend normal, nur am Naseneingang finden sich hypertrophische Prozesse, wenn auch in geringerem Maße als rechts. Histologisch ergab sich das Bild eines verhornenden Plattenepithelkrebses. WR, MTR und Liquor sind stark positiv. Pat. hatte vor vielen Jahren an Leistendrüsenentzündung gelitten. Verf. hält die lange Jahre bestehende, unbehandelte Lues für die Hauptursache des Neoplasmas. Als weitere Ursache käme der dauernde chronische Reiz der Nasenpartie durch die Sekretion der Schleimhaut und das Reiben mit dem Taschentuch in Betracht.

Digitized by Google

1925, Bd. 45, H. 1/2.

Therapeutische Versuche mit einer neuen Teer-Harnsäureverbindung, von K. Herxheimer und G. Wichert, Derm. Univ.-Kl. Frankfurt a. M. S. 1. Zur Darstellung der neuen Teer-Harnsäureverbindung wird Steinkohlenteer mit Kieselgur vermengt, mit der 10fachen Menge Wasser angesetzt und unter Zusatz $^1/_2$%iger Harnsäure mehrere Tage unter häufigem Umschütteln stehen gelassen. Ein erheblicher Teil beider Stoffe fällt wieder aus, während ein anderer in Lösung übergeht. Das Präparat hat grünlich-bläuliches Aussehen und ist in dünner Schicht hell durchscheinend. Es eignet sich speziell zur Behandlung von Neurodermitis. Von 27 Fällen verließen 8 die Klinik als völlig geheilt, 15 Kranke wurden erheblich gebessert, während bei 4 Pat. die Behandlung wegen Auftretens einer Teerakne abgebrochen werden mußte. Die Heilung trat durchschnittlich in 30 Tagen ein, während der höchstmögliche Grad der Besserung in 29 Tagen erzielt wurde. Auch Ekzeme verschiedener Ätiologie und Dermatomykosen wurden teilweise gut beeinflußt. Die Anwendung des Mittels geschieht in der Weise, daß es 2—3mal täglich mittels Mulltupfers dünn auf die erkrankte Stelle aufgetragen wird.

Über kombinierte Licht-Arsen-Therapie bei Pityriasis lichenoides chronica (Dermatitis psoriasiformis nodularis Jadassohn), von S. Ehrmann. S. 5. Sieben durch kombinierte Arsen-Lichtbehandlung geheilte Fälle, von denen zwei seit 10 Jahren, vier seit 2—5 Jahren symptomlos geblieben sind. Speziell der 7. Fall zeigt, daß nur die Kombination von Arsen und Licht heilend wirkt. Die pharmakologische Wirkung des As und des Lichts lassen sich damit erklären, daß durch die Einwirkung des Arsens auf die Kapillaren in den Papillen eine Steigerung ihrer Empfindlichkeit, demnach eine Sensibilisierung der Hautstelle gegenüber Licht eintritt. Der Lichttherapie müssen somit Arseninjektionen vorangehen (etwa 6 Injektionen). Dann beginne man mit der Bestrahlung regionenweise und setze die Arsendarreichung fort. Die Lichtwirkung muß so intensiv sein, daß sie ein ausgesprochenes Erythem hinterläßt. Zu diesem Zwecke wird oft mehrmalige Bestrahlung ein und derselben Stelle erforderlich sein.

Zur Kasuistik seltener Fälle von Gonorrhoe, Ulcus molle und Ulcus pseudovenereum (Ulcus simplex Buschke) beim Neugeborenen und Kinde, von A. Buschke und E. Langer, Derm. Abt. Rud.-Virch.-Krkhs. S. 11. Buschke und Langer sind der Ansicht, daß es zahlreiche Fälle von Neugeborenenblennorrhoe gibt, bei denen intra partum die Infektion erfolgt. Durch diesen Infektionsmodus werden sich sicher viele Fälle von ungeklärter Ätiologie aufklären lassen. Zur Prophylaxe wäre eine desinfizierende Einträufelung und Säuberung des Genitale und der Harnröhre durch die Hebamme oder den Arzt in verdächtigen Fällen erforderlich. Aus einer mitgeteilten Krankengeschichte geht deutlich hervor, daß der Säugling einer gonokokkenkranken Mutter gleich in den ersten Tagen nach der Geburt unter Schwellung der Labien im Sekret massenhaft Gonokokken in der Vagina und Urethra aufwies. Sodann wird ein weiterer Fall mitgeteilt, wo ein 8 Tage alter Säugling an Ulcera mollia am Nabel und am linken Augenwinkel erkrankte, die etwa bohnen- bzw. erbsengroß waren. Sicherlich handelte es sich auch hier um eine Infektion während der Geburt. Ferner wurde noch ein anderer Fall von Ulcera mollia bei einem 2jähr. Mädchen beobachtet, das am Introitus und auf den großen Labien, ferner an der Ulnarseite des rechten Handgelenkes und am rechten äußeren Knöchel Geschwüre aufwies. Hier handelte es sich um eine Genitalinfektion, von der aus eine Dissemination der Ulzera und die extragenitale Lokalisation erfolgt ist. Schließlich hatten Buschke und Langer Gelegenheit, einen seltenen Fall von Ulcus pseudovenereum bei einem $2^1/_2$jähr. Mädchen zu beobachten. An der Innenseite der großen Labien fand sich eine Ulzeration, die sehr schmerzhaft und mit schmierig-grünlichem eitrigen Belag bedeckt war. Im Sekret wurden hämolytische Streptokokken und Staphylokokken, ferner Koli- und Pseudodiphtheriebazillen gefunden. Die Temperatur betrug 41,5° rektal und fiel nach 4 Tagen zur Norm ab. Die Erkrankung heilte unter Kampferwein nach 3 Wochen restlos ab.

Zur Folliculitis et Perifolliculitis abscedens et suffodiens, von W. Friboes, Univ.-Hautkl. Rostock. S. 18. Friboes ist der Ansicht, daß der von Köhler in der Derm. W., 1925, Nr. 5 beschriebene Fall von unterminierter Narbenbildung am behaarten Kopf nach chronischer Eiterung mit dem von E. Hoffmann und Ruete beschriebenen von Folliculitis et Perifolliculitis abscedens et suffodiens übereinstimmt. Die bakteriologische Untersuchung eines in letzter Zeit vom Verf. beobachteten Falles ergab entgegen der Mitteilung von Ruete das Vorhandensein von nichthämolytischen und nicht vergrünenden Streptokokken. Dieser Befund wurde des öfteren erhoben. Strepto-

Digitized by Google

kokken-Autovakzine hatte keinen therapeutischen Effekt. Die histologische Beschaffenheit des Granulationsgewebes weist darauf hin, daß der Erreger ein wenig aktiv wirkendes und schwer angreifbares Virus darstellen muß. Diese Annahme wird durch die erfolgreiche Beeinflussung des Leidens durch Röntgenstrahlen bestätigt, ferner durch die Tatsache, daß man durch multiple Einstiche mit dem Galvanokauter Heilerfolge zeitigt. Abgesehen von der Entleerung der Abszesse regt nämlich die Behandlung mit dem Galvanokauter multiple Narbenbildungen an, die die Gefäße komprimieren und auf diese Weise das Granulationsgewebe auf Grund der schlechten Durchblutung zur Verödung bringen. Lange, wulstartige Herde, die auf die Galvanokaustikmethode nicht reagieren, müssen der Länge nach gespalten werden und vom Granulationsgewebe durch scharfen Löffel befreit werden. Zur späteren Beseitigung der Narben werden heiße Waschungen und nachheriges Massieren mit Unnas 3%iger Borpepsinsalbe empfohlen.

Die Behandlung der Varizen mit künstlicher Thrombosierung, von Linser-Tübingen. S. 22. Verf. unterzieht die verschiedenen in der Literatur angegebenen Methoden zur Venenverödung einer kritischen Würdigung und kommt zu dem Ergebnis, daß die Verwendung von Sublimat oder Kochsalz am besten zum Ziele führt. Unter den von französischen Autoren empfohlenen Mitteln kommen praktisch nur die Sodalösung und das Natr. salicyl. in Betracht. Gegen ihre Anwendung sprechen zahlreiche Gründe. Natr. salicyl. in großen Dosen (2—5 ccm einer 20—30%igen Lösung) ruft oft Ohrensausen, Benommenheit, Kopfschmerzen hervor, die Sodalösung Chokwirkungen, Dyspnoe und angioneurotischen Symptomenkomplex. Sublimat und Kochsalzlösung sind an sich gleichwertig. In letzter Zeit wurde die Kochsalzlösung nur deshalb mehr verwendet, weil sie den „Gift"beigeschmack nicht besitzt, der viele Kranke abschrecken könnte. Der Kochsalzlösung haftet nur der eine Nachteil an, daß ein mehr oder minder schmerzhafter, allerdings rasch vorübergehender Venenkrampf nach der Injektion eintritt. Die Nachteile der Sublimatinjektion bestehen darin, daß in ganz seltenen Fällen Stomatitis, Angina mercur., Enteritis oder Nephrose vorübergehender Art sich einstellen. Nach den bisherigen Erfahrungen verdient die Methode der Verödung von Varizen durch intravenöse Injektion den Vorzug vor der chirurgischen, da sie in kürzerer Zeit zum Erfolge führt, weniger schmerzhaft ist und geringere Gefahren bezüglich Embolie oder sonstiger Nebenerscheinungen in sich birgt. Außerdem braucht der Pat. nicht das Bett zu hüten und ist voll arbeitsfähig. Durch histologische Untersuchungen der Venen nach Injektion von Sublimat oder Kochsalz wurde festgestellt, daß das Endothel schwer geschädigt und größtenteils nekrotisiert abgestoßen wird. Die aus Muskel und Bindegewebe bestehende Mittelschicht wird bis in die äußersten Teile der Vene aufgesplittert. Darauf setzt sich erst nach 12—14 Stunden der Thrombus auf, der sich dicht mit der Venenwand verfilzt und durch deren zerissene Beschaffenheit einen ausgezeichneten Halt gewinnt. In den von chirurgischer Seite mitgeteilten Fällen von Embolie handelte es sich um Injektionen von Pregllösung. Bei der Sublimat- oder Kochsalzmethode besteht keine Emboliegefahr.

Isolierte Vakzinewirkung der Zunge, von E. Zurhelle, Univ. Hautkl. Bonn. S. 28. Es handelt sich um einen 9jähr. Knaben, der plötzlich mit leichtem Unwohlsein und allgemeiner Abgeschlagenheit erkrankte. Auf dem Zungenrücken bis 1 cm von der Spitze entfernt finden sich 5, zum Teil konfluierte, $^1/_2$ cm hohe, pseudomembranöse trübgraue, gelbglasig aussehende, dicke Auflagerungen, die fest aufsitzen. Nach gewaltsamer Entfernung des dicken Belages bleibt eine nichtblutende Erosion zurück. Am weichen Gaumen befindet sich eine graugelblich belegte, aphthenartige, von einem roten entzündlichen Saum begrenzte Erosion. Aus der Anamnese geht hervor, daß 2 Geschwister des Knaben vor 4 Wochen geimpft worden sind. Es wird daher angenommen, daß entweder von diesen Impfpusteln direkt oder von dieser Impfung auf das Kuheuter, und dann durch rohe Milch die Übertragung stattgefunden hat. Überimpfungen auf die Haut des Erkrankten bleiben ergebnislos. Übertragung auf die Kaninchenkornea ruft eine für Vakzine charakteristische Keratitis hervor. In der Kornea eines weitergeimpften Kaninchens werden Guarnierische Körperchen festgestellt. Schließlich wird durch Nachimpfen des erstgeimpften Tieres mit Kälberlymphe Immunität beobachtet und somit die Diagnose „Vakzine" völlig sichergestellt. Heilung nach Ablauf 1 Woche. Mitteilung der Literatur über 10 bisher beobachtete Fälle. Verf. berichtet sodann über einen Fall von Vakzineerkrankung der Mundschleimhaut bei einer 61jähr. Frau, die mit einem geimpften Kind zusammengeschlafen hat. An der Innenfläche der Unterlippe membranartiger, grauweißer Belag. An der Unterfläche der Zunge drei linsengroße, weißlich-graue, fibrinöse, membranartige Beläge. Diffuse Sto-

Digitized by Google

matitis mit Schwellung der Unterlippe. Schmerzhafte Drüsenschwellung. Schnelle Abstoßung der Membranen und Übergang in Heilung. Anhangsweise fügt Verf. die Abbildung eines geimpften Kaninchens bei, das eine hochgradige Haarwachstumsbeschleunigung am Rande des von Pusteln bedeckt gewesenen ulzerösen Herdes der Bauchhaut nach der Abheilung aufweist. Im Bereich der Behaarung zeigen sich histologisch nur kleine perivaskuläre Lymphozyteninfiltrate und ein etwas reicherer Gehalt an Fibroblasten.

Über seltene Formen von syphilitischen Primäraffekten des Zahnfleisches, der Wangenschleimhaut und Konjunktiva mit Bemerkungen über Vortäuschung von primärer Lues und den Wert des Spirochätenbefundes, von E. Hoffmann, Univ.-Hautkl. Bonn. S. 35. 1. Fall: Markstückgroßer, flächenhafter Primäraffekt des Zahnfleisches des Oberkiefers mit leicht diphtheroidem Belag. Die regionären Lymphdrüsen waren geschwollen. Spirochäten +. 2. Fall: 2—3 cm lange, spaltförmig horizontal verlaufende schmale (2—3 mm), leicht vertiefte lineare Erosion am Zahnfleisch des Unterkiefers, etwas unterhalb des linken ersten Inzisivus bis zum Kaninus. Die Erosion fühlte sich ebenso wie die erst beschriebene mit der Sonde hart an. Spirochäten und WR +. Nach 24stündigem Aufenthalt der Spirochäten in gut abgeschlossenem Dunkelfeldpräparat wurden Agglomerationsknäuel und Sterne (20—60 Spirochäten), ferner Querteilung mit Ausziehung eines langen Zwischenfadens und Körnchen- bzw. Knötchenbildung am Spirochätenfaden (Degenerationserscheinung) beobachtet. 3. Fall: Erbsengroße Ulzeration dicht hinter der Außenecke des linken unteren Weisheitszahnes, die zahlreiche Pallidae enthielt. Ein 4. Fall von Primäraffekt der Mundschleimhaut nahe dem Mundwinkel, bei einem 9jähr. Knaben, macht zuerst diagnostische Schwierigkeiten. Es fand sich ein diphtheroider weißer Belag mit zahlreichen Streptothrixfäden. Erst nach längerem Suchen wurden Spirochäten gefunden. In einem 5. Fall saß der Primäraffekt an der Übergangsfalte der Konjunktivae.

Über die akut verlaufende, nekrotisierende Unterart der Pityriasis lichenoides (Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta), von R. Habermann-Köln a. Rh. S. 42 Bericht über zwei selbstbeobachtete Fälle. In dem einen Fall handelte es sich um ein akut auftretendes, sehr polymorphes Exanthem aus linsen- bis pfenniggroßen, braunroten, teils glatten, teils schuppenden Flecken und Knötchen, die sich teilweise involvieren, teilweise sich livid verfärben, dann eine schwarzbraune Borke bilden und schließlich unter Hinterlassung flacher pigmentierter Närbchen abheilen. Kopf, Hände, Füße und die Kniegegend waren nicht befallen. Der 2. Fall stimmt im Befund und Verlauf im wesentlichen mit dem ersten überein, nur die Herde waren nicht über linsengroß und weniger zahlreich. Außerdem bestand ein aphthenartiger Schleimhautherd an der Oberlippe.

Ist die Haut bei filterloser Bestrahlung stärker gefährdet als bei schwacher Filterung, von H. Th. Schreus und J. Klein, Univ.-Hautkl. Bonn. S. 49. Von 27 filterlos bestrahlten Patienten (3 Serien zu je $3 \times {}^1/_8$ ED in Abständen von 7—10 Tagen) wiesen 4 leichte Schädigung der Haut auf. Von 6 mit 0,5 mm Al Bestrahlten zeigte 1 eine Schädigung, von 10 abwechselnd mit und ohne Filter bestrahlten Patienten 2 eine Schädigung. Es ergibt sich hieraus, daß bei häufiger wiederholten Serien in 15—20% geringe Spätfolgen auftreten, ferner daß auch die schwache Filterung keinen Schutz bietet. Der Grund, warum in dem einen oder anderen Fall Spätfolgen auftreten, liegt höchstwahrscheinlich darin, daß die Erholungspausen zu kurz gewählt sind. Die Pausen zwischen 1. und 2. Behandlungsserie soll 4—6 Wochen, nach der 2. Serie 2—3 Monate betragen. Sind noch mehr Bestrahlungen erforderlich, so müssen noch längere Pausen eingelegt werden. Nach den bisherigen Erfahrungen scheint es gerechtfertigt und zweckmäßig, bei oberflächlichen Dermatosen die ungefilterte, mittelharte Strahlung weiterhin anzuwenden.

Kurze Bemerkungen über einfache Mittel zur Ekzembehandlung, von E. Hoffmann, Univ.-Hautkl. Bonn. S. 54. Zur Nachbehandlung wird 1—2%iges Chloralhydrat- oder 3%iges Tanninglyzerin oder 2%iger Salizylspiritus mit 10—20%igem Glyzerin neben Einfettung mit schwacher Salizylborsalbe empfohlen. F. Harry-Wiesbaden.

Actas Dermo-Sifiliograficas.

1925, Jg. 18, Nr. 4.

Tratamiento de la sifilis por via digestiva con treparsol (Interne Behandlung der Syphilis mit Treparsol), von C. Simon. S. 151. Verf. verteidigt gegenüber Sainz de Aja seine Anschauung, daß hinsichtlich der WR das Treparsol dem Neosalvarsan gleichwertig ist.

Digitized by Google

Las infectiones en los eczemas y las eczematizaciones en las piodermias (Die Infektionen bei den Ekzemen und die Ekzembildungen bei den Pyodermien), von E. Alvarez Sainz de Aja. S. 154. Nach Verf. werden die unangenehmen Infektionen der ekzematösen Haut vermieden, wenn man Vioform den Pasten, Pomaden und Pulvern beimischt, und zwar für den Gebrauch gegen Ekzeme in dem mittleren Verhältnis von 10:100. Man verbessert dadurch den schwachen antiseptischen Wert der sonst gebrauchten antiekzematösen Medikamente und verhindert die Entwicklung der Bakterien.

Con motivo de un caso de eritrodermia postsalvarsan (Über einen Fall von Erythrodermia postsalvarsanica), von J. F. de la Portilla. S. 158. Der 20jähr., sonst organisch gesunde und kräftige Kranke litt seit einem Monat an Syphilis (subpräputialer Primäraffekt) und typischen Inguinaldrüsenschwellungen beiderseits. Keine Sekundärsymptome, WR negativ. Verf. gab als erste Salvarsandosis 25 cg. 36 Stunden nach der Injektion trat ein lebhafter Juckreiz auf der ganzen Hautoberfläche auf, dem eine erythematöse, papulöse, sehr reichliche Eruption auf dem Rumpfe folgte, die zunächst den Eindruck eines Sekundärexanthems machte. Die Effloreszenzen konfluierten schnell und bildeten ein zusammenhängendes Erythem. Fünf Tage nach der Injektion zeigte der Kranke eine allgemeine Erythrodermie mit starker Hautinfiltration, identisch mit derjenigen, welche man bei Kranken mit spät auftretenden Toxikationen beobachtet. Verf. setzte die Arsenbehandlung aus und die Kur mit Wismut fort, wobei die Erythrodermie im Laufe von 15 oder 20 Tagen verschwand.

Las vacunas gonococicas con urotropina (Gonurotropia) (Die Gonokokkenvakzinen mit Urotropin [Gonurotropin]), von E. A. Sainz de Aja. S. 162. Verf. verwendet eine Gonokokkenvakzine mit einem Zusatz von Urotropin, das die Vakzine lange Zeit frisch, gewissermaßen in statu nascendi erhält und sie von Witterungseinflüssen unabhängig macht. An der Stelle der hohen Dosen der Vakzinen ohne Urotropin von 50 Millionen beginnend bis zu 2000 Millionen, die nur sehr mäßige Reaktionen auslösen, werden von dem „Gonurotropin" nur 10—50 Millionen Gonokokken intravenös injiziert, die starke Reaktionen ohne Schaden für den Patienten auslösen. Verf. glaubt nicht, daß das Urotropin als solches die Wirkung der Vakzine verstärkt, sondern daß es die abgetöteten Gonokokken in ihrer initialen Wirkung erhält, und daß die Gonokokkenvakzine längere Zeit frisch und wirksam bleibt. Er beginnt mit 5—10 Millionen Gonokokken, steigert die Dosis entsprechend den eintretenden Reaktionen, geht aber nicht über 50 Millionen hinaus. Von einer Dosis von 100 Millionen rät er in jedem Fall ab. Verf. glaubt, daß sich der Zusatz von Urotropin zu den Vakzinen nicht nur zu Gonokokkenvakzinen, sondern auch für subkutane und intramuskuläre Injektionen eignet. (Referent weist darauf hin, daß auch das Arthigon jetzt mit einem Zusatz von Urotropin hergestellt wird.) R. Ledermann-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Dermatomykosen.

Die Mikrosporie in Wien, von L. Arzt und H. Fuhs, Univ.-Hautkl. Wien. (W. m. W., 1925, Nr. 17, S. 963.) Seit dem Jahre 1921 herrscht die Mikrosporie epidemisch in Wien. Erreger in allen Fällen das Mikrosporon Audouini. Neben den typischen Formen finden sich, wenn auch seltener, atypische mit stärkeren Entzündungserscheinungen bis zum Bilde des sog. Kerion microsporicum. Vielfach sind Mikrosporide beobachtet worden, die teils spontan, teils nach Röntgenbestrahlung, oder nach provokatorischer Injektion von Pilzextrakten, manchmal unter Temperatursteigerungen, entstehen. (Trotz des großen Mikrosporienmaterials an der Buschkeschen Klinik haben wir nie ein Mikrosporid gesehen. D. Ref.) Therapeutisch verwenden die Verf. Röntgenepilation und anschließende mehrwöchige Schälbehandlung mit Jodtinktur, evtl. mit Ung. sulf. Wilkinsoni, bei Kindern unter 3 Jahren ev. Reizbehandlung mit 10%iger Tartarus-stibiatus-Salbe. Die Körperherde wurden mit leichter Schälkur behandelt, teils verschwanden sie spontan. Diagnostisch ist stets der mikroskopische, bei Beginn einer Epidemie zum mindesten auch der kulturelle Pilznachweis notwendig.

Erich Langer-Berlin.

Zur Diagnose und Therapie der Mikrosporie, von Gottschalk-Mayen. (D. m. W., 1925 Nr. 21, S. 870.) Verf. beobachtete das Auftreten von Mikrosporie in

Digitized by Google

5 verschiedenen Formen. Er fand 1. taler- bis fünfmarkstückgroße Kreise im sonst gesunden Haar mit abgebrochenen Haarspitzen. Der Haarrest erscheint wie mit Mehl bestäubt. 2. Bei längerem Bestand der Krankheit rundliche kahle Stellen. 3. Seborrhoeartige Kreise der Kopfhaut ohne Haare. 4. Krusten und Abschieferung der Kopfhaut. 5. Fließende Übergänge von oberflächlicher Trichophytie und Mikrosporie. Therapeutisch kommt nur Röntgenepilation und nachheriges Einreiben mit Salizylschwefelsalbe oder verdünnter Jodtinktur in Frage.

F. Harry-Wiesbaden.

Zur Frage der Trichophytie, von L. Soboleff. (Wratschebnoje Delo, 1925, Nr. 8.) Unter den vom Verf. in Simferopol beobachteten 944 Trichophytiefällen handelte es sich in 6,1% um ausschließliche Trichophytia superficialis der Haut, in 86,5% um solche ausschließlich der Kopfhaut, ferner in 6,5% um Trichophytia superficialis der Haut des Körpers und des Kopfes und in 0,9% um Barttrichophytie. Vorzüglich wurde das Trichophyton violaceum nachgewiesen. Der jüngste Patient war 3 Monate, der älteste 42 Jahre alt. Greise mit trockener und grober Haut erkrankten nicht an Trichophytie. Kopftrichophytie wurde beobachtet im Alter von 3—19 Jahren, wobei das Vorkommen derselben zwischen 12 und 14 Jahren bereits selten ist und vom 14. Jahre an zur Ausnahme gehört. Die Erklärung hierfür sieht Verf. im Zustande der follikulären Apparatur der Kopfhaut. In den ersten zwei Lebensjahren und vom Moment der Geschlechtsreife an arbeiten die Drüsen des Kopfes energisch und sind von gewisser, vorbeugender Wirkung. Hunger usw. machen die Kinder empfänglicher für die Erkrankung, wodurch die enorme Zunahme der Trichophytie in den letzten Jahren zu erklären ist. Von hohem Interesse ist, daß Verf. Fälle beobachtete, die in Anfangsstadium große Ähnlichkeit mit Alopecia areata hatten und auch anfänglich nicht den Nachweis von Pilzen gestatteten. Das sind wohl die Fälle, welche hier und da Anlaß zur Verwechslung und zur scheinbaren Übertragung einer fälschlich als Alopecia areata gedeuteter Trichophytie gegeben haben. A. Jordan-Moskau.

The Primary Meningeal Form of Systemic Blastomycosis (Die primäre meningeale Form der allgemeinen Blastomykose), von C. M. Wilhelmj-St. Louis. (Am. J. m. sc., 1925, Bd. 169, Nr. 5, S. 712.) Verf. analysiert 33 aus der Literatur gesammelte Fälle blastomykotischer Allgemeinerkrankung mit Autopsiebefunden. Die Respirationsorgane sind die Eingangspforte für die Infektion, und die so häufigen, initialen Hauterkrankungen sind in der überwiegenden Zahl Metastasen primärer, nicht erkannter Lungenherde. Fast alle Organe können erkranken. In 97% der Fälle war die Haut, in 91% die Lunge erkrankt; es folgen der Häufigkeit nach Milz, Knochen und Gelenke, Nieren, Leber, Lymphdrüsen, Gehirn usw. Nur in 4 Fällen waren gleichzeitig mit anderen Organen die Meningen in Mitleidenschaft gezogen. Von diesen Fällen trennt Verf. die primäre blastomykotische Meningitis ohne Herderkrankungen und bringt einen Fall eigener Beobachtung und 5 Fälle aus der Literatur, in denen Blastomyzeten während des Lebens im Liquor oder post mortem gefunden wurden. Im ätiologischen Sinne erfordert diese Krankheitsgruppe keine besondere Klassifikation, und der erhebliche Unterschied im klinischen Verlauf und im ganzen pathologischen Bilde kommt nur dadurch zustande, daß die Meningen im Genitalstadium der Infektion erkrankungen, und der Tod eintritt, bevor die typischen, ausgedehnten metastatischen Herde entstehen können. Vom praktisch-klinischen Gesichtspunkt ist es jedoch berechtigt, eine primäre meningeale Form der Blastomykosis von den anderen Formen zu trennen. R. Rontal-München.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten.

Über Ätiologie der exanthematischen Krankheiten, von M. B. Sindoni, Univ.-Kinderkl. Rom. D. m. W., 1925, Nr. 23, S. 945.) Verf. gibt eine kurze zusammenfassende Darstellung der Versuche, die zur Entdeckung der Erreger von Scharlach, Masern, Röteln, Windpocken und akutem Gelenkrheumatismus geführt haben. Sämtliche Erreger wachsen auf Tarozzi-Noguchi-Nährböden, der aus Nährbouillon, Aszites und Leber- oder Nierenstückchen zusammengesetzt ist. Die Bakterien entwickeln sich nur in Anaerobiose, unterscheiden sich untereinander durch ihre morphologischen Eigenschaften und ihre pathogene Wirkung auf Menschen und Tiere. Die Agglutinationsproben sind streng spezifisch.

F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Über die obligatorische Einzeichnung von Pocken, Varizellen und sonstigen verdächtigen Exanthemen, in Körperschemata als diagnostische Methode bei Pockengefahr, von Tièche. (Schweiz. m. W., 1925, Nr. 21, S. 449—457.) Die Differentialdiagnose zwischen Variola, Variolois und Varizellen kann außerordentlich schwer sein, wenn man sich auf das Aussehen einzelner Effloreszenzen beschränkt; es ist wichtig, die Topographie weitgehend zu berücksichtigen. Die Einzeichnung in das Schema soll erst nach vollzogener Eruption erfolgen, die Methode ist daher für die Frühdiagnose nicht zu verwerten. Unter Wiedergabe zahlreicher Abbildungen werden die aus mehreren Hundert methodischen Einzeichnungen gewonnenen Befunde zusammengestellt und sowohl bei Variola wie bei Varizellen nach verschiedenen Typen gegliedert. Im allgemeinen ist die topographische Verteilung des Variolaexanthems eine viel gesetzmäßigere als die der Varizellen; bei Variola beträgt die Zahl der varizellenähnlichen Exantheme 5%, bei Varizellen die der pockenverdächtigen 20%. Die Methode ist trotzdem von großer Bedeutung, da auch bei den biologischen Methoden zahlreiche Versager vorkommen und sie überdies, sowie die Eintrocknungsperiode beginnt, im Stich lassen. Aus verschiedenen Epidemien der Jahre 1921—1923 läßt sich nachweisen, wie nützlich die Durchführung der obligatorischen Einzeichnung der Exantheme gewesen wäre. Die methodischen Einzeichnungen zeigen auch, daß es sich bei Variola und Varizellen um zwei Exantheme mit vollkommen verschiedenem Charakter handelt, die nur scheinbare Ähnlichkeit aufweisen; Tendenz der Variolaexantheme, gewisse Gebiete in der Rumpfregion (untere Abdominalregion) zu meiden, ausgesprochene Rumpflokalisation bei Varizellen, mit stärkstem Befallenwerden der bei Variola freibleibenden Zonen. Über die durch verschiedenartige, mehr oder weniger abgeschwächte Formen hergestellte Verbindung von Variola und Alastrim bestehen auch zur Zeit noch nur hypothetische Behauptungen. E. Levin-Berlin.

Zur Bewertung der biologischen Pockendiagnose, von W. Löwenthal, Inst. zur Erforsch. d. Infektionskrankheiten. (Schweiz. m. W., 1925, Nr. 20, S. 429—431.) Den Mitteilungen liegen 363 Fälle der Berner Epidemie zugrunde, von denen bei 320 Angaben über die Diagnose vorlagen. Der Paulsche Versuch (makroskopisch nachweisbare Epithelverdickung an der geimpften Kaninchenkornea nach Fixierung in Sublimat-Alkohol) genügte in seiner Originalform nicht, Zuwarten bis zu 72 Stunden verbesserte die Ergebnisse. Mikroskopische Kontrolle ist im großen Umfange nötig. Die Guarneri-Reaktion leistete Besseres, sie gab in vielen Fällen, die nach Paul nicht zu diagnostizieren waren, positive Befunde. Die Gesamtzahl der Versager betrug 23%. Fehldiagnosen waren sehr selten, sie beruhen auf unvollkommener Untersuchung und Beurteilung. Beobachtungen, die die spezifische Bedeutung sicherer Guarnerischer Körperchen für den Nachweis von Variola- bzw. Vakzinevirus in Frage stellen, liegen nicht vor. Für den höheren Zusammenhang von Variola- und Varizellenvirus werden noch sichere experimentelle Beweise zu erwarten sein. E. Levin-Berlin.

Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei Skarlatina, von H. Rhodin-Stockholm. (D. m. W., 1925, Nr. 17, S. 691.) Die pathologischen Werte der Senkungsgeschwindigkeit bei Scharlach zeigen eine beträchtliche Variationsbreite und große Schwankungen von Tag zu Tag. Charakteristisch ist der steile Abfall der Senkungsgeschwindigkeitskurve, der nur kurze Zeit anhält. Die Senkungsgeschwindigkeitswerte sind häufig in den ersten Krankheitstagen, ferner in der fieberfreien Zeit bis zum Auftreten der Komplikationen und bei komplikationsfreien Fällen erhöht. Bei letzteren sind noch 7 Wochen nach Beginn der Krankheit die Werte der Senkungsgeschwindigkeit häufig bedeutend gesteigert. Treten Komplikationen auf, so steigt die Senkungsgeschwindigkeitskurve in unmittelbarem Anschluß an den vorangegangenen Absturz an. Der Serumeiweißgehalt variiert von Tag zu Tag. Er hat die Tendenz zu steigen und erreicht in der 3. Woche Werte, die die physiologische Variationsbreite überschreiten. Dies ist speziell der Fall, wenn die Senkungsgeschwindigkeit zu dieser Zeit stark erhöht ist. Die Viskosität des Serums nimmt mit steigenden Senkungsgeschwindigkeitswerten zu. Das Verhältnis zwischen Globulin und Albumin verschiebt sich bei erhöhter Senkungsgeschwindigkeit zugunsten des Globulins. Die Schwankungen der Globulinmenge stimmen mit denen der Senkungsgeschwindigkeit überein. Mit der Erhöhung der Senkungsgeschwindigkeit geht eine bedeutende Leukozytose einher, die erst bei normalen Senkungsgeschwindigkeitswerten wieder schwindet. Die Senkungsgeschwindigkeitskurve bei

Digitized by Google

Scharlach zeigt große Ähnlichkeit mit der bei Anaphylaxie nach Injektion artfremden Serums. F. Harry-Wiesbaden.

The Dick Test in Scarlet Fever (Die Dicksche Reaktion bei Scharlach). von C. C. Okell-London und H. J. Parish-Edinburgh. (Lancet, 1925, Bd. 208, Nr. 5301, S. 712.) Die Nachprüfung der Dickschen Reaktion bei 100 Medizinstudierenden ergab, daß 74% der Fälle eine positive Reaktion zeigten. Die gleichzeitige Prüfung der Schickschen Reaktion war in 65% positiv. 20 Studenten gaben anamnestisch eine Scharlacherkrankung an. Von ihnen waren jedoch nur 35% Dick-negativ. 75 Studenten hatten eine scharlachnegative Anamnese, trotzdem aber in 24% der Fälle eine negative Dicksche Reaktion. Verff. verlangen von einer einwandfrei positiven Dickschen Reaktion bei einem scharlachempfänglichen Individuum eine Reaktionsstelle der Haut von über 30 × 20 mm. Weiterhin wurde bei 120 Fällen von Scharlachrekonvaleszenz die Dicksche Reaktion nachgeprüft: Hiervon zeigten 22 eine positive Reaktion, darunter 6 in sehr starker Weise, bei sicher überstandenem Scharlach. R. Ley-Kreuznach.

Lepra.

Über Versuche mit subkutanen Chaulmoograöl- (aus Taraktogenos Kurzii) Injektionen, von A. Keppler. (Kl. W., 1925, Nr. 18, S. 879.) Die beste Methode zu einer schmerzlosen Injektion des Chaulmoograöls ist die Vermengung mit Arachisöl zu gleichen Teilen nach vorheriger Erwärmung des Chaulmoograöls bis zur völligen Lösung. Die Injektionen dieses klaren Gemisches wurden vollständig reizlos und schmerzlos von den Versuchshunden vertragen. Auch Injektionen an die gleiche Stelle zu wiederholten Malen zeigte keinerlei Schädigungen. Bei anderen Ölen mußte, um eine klare Lösung zu erzielen, Äther zugesetzt werden, woraufhin bei der Injektion die Tiere Schmerz äußerten. Zusatz von Phenol rief an der Injektionsstelle oberflächliche Nekrose hervor. E. Langer-Berlin.

Zur Frage der bakterioskopischen Diagnose der Lepra, von M. Rosental und E. Kruglack, Hautkl. des Mediz.-Inst. Astrachan. (D. m. W., 1925, Nr. 21, S. 866.) Die Punktion der Leistendrüsen ist die sicherste Methode zur Gewinnung leprösen Materials. Es wurden 26 Fälle von Lepra tuberosa, 16 von Lepra mixta und 22 von Lepra maculo-anaesthetica untersucht. Bei Lepra tuberosa und mixta wurden in 100%, bei Lepra maculo-anaesthetica in 95% positive Resultate erzielt. Im Lymphdrüsenpunktat fanden sich Hansen-Neissersche Stäbchen, die in typischen Haufen liegen und manchmal Globi bilden. Die Vorbehandlung der Lepra mit Nastin, Chaulmoograöl, Thymol und Terpentinöl hatte auf das Resultat der bakterioskopischen Untersuchung keinen Einfluß. Gute Resultate haben Verff. auch mit der Methode von Greenbaum-Schamberg bei der Gewinnung von Lepramaterial erzielt. Mittels einer 1- 2-ccm-Spitze mit einigen Tropfen bis 0,5 ccm phys. NaCl-Lösung oder Aqua dest. sticht man in die lepraverdächtige Stelle ein und aspiriert einige Male. Auf diese Weise gewinnt man eine Emulsion, die man tropfenweise auf den Objektträger bringen kann. F. Harry-Wiesbaden.

Ein Besuch in der Leproserie „Spina longa" bei Kreta (Griechenland), von C. Seyfarth-Leipzig. (D. m. W., 1925, Nr. 16, S. 665, Nr. 17, S. 705.) In Spina longa bei Kreta sind etwa 200 Leprakranke untergebracht. Es sind meist Bettler, Ortsarme, Flüchtlinge aus Kleinasien oder sonst dem Staat zur Last fallende Lepröse, die von den Behörden dorthin verschickt werden. Der weitaus größte Teil der Leprösen wohnt über das ganze Land verstreut. Erst wenn die Krankheitssymptome weit fortgeschritten sind, werden die Betreffenden nach Spina longa verschickt. Besonders zahlreich sind Lepröse in der Umgegend von Megalopolis im Peloponnes, bei Volo in Thessalien und auf den Inseln. Auf der Insel Kreta soll es etwa 400 Lepröse geben, die im Lande verstreut leben. Die Leproserie befindet sich in der ehemaligen Festung der Insel Spina longa und ist nur schwer erreichbar. Das Personal besteht aus 1 Arzt, 1 Sekretär, 2 Wärtern und 3 Bootsleuten. Letztere vermitteln den Verkehr mit Spina longa. Eine Behandlung der Leprösen findet nicht statt, ein Untersuchungsraum ist nicht vorhanden. Die Kranken beschäftigen sich mit Instandhaltung der Wohnhäuser, Gartenarbeit und Zubereitung der Nahrung, die ihnen täglich durch ein Boot herübergebracht wird. Die meisten Leprösen stehen im Alter von 35—50 Jahren. Jährlich sterben etwa 30, ebensoviele werden in jedem Jahr neu eingeliefert. Sämtliche Bewohner der Insel sind Lepröse, mit Ausnahme von 4 gesunden Ehefrauen, die freiwillig ihren

Digitized by Google

kranken Männern gefolgt sind. Eine dieser Frauen brachte sich, um ihren Mann begleiten zu dürfen, Schnittwunden bei und verrieb Eiter und Blut ihres Mannes in die Wunde. Nach dem Tode ihres Mannes heiratete sie wieder einen Leprakranken. Sie blieb bis heute frei von irgend welchen klinischen Symptomen. Nur 1 Fall von Infektion eines Bootsmannes ist bekannt geworden. Die Kinder der Leprösen werden möglichst früh von ihren Eltern getrennt. Unter den 200 Kranken hatten etwa 30 Knotenlepra, 70 Nervenlepra, 100 zeigten beide Formen gleichzeitig. Verf. schlägt Maßnahmen zur Besserung der Lage der isolierten Leprösen vor. Vor allem muß eine Behandlung einsetzen mit Estern des Chaulmoograöls, Nastin und Thymol. Schließlich sind noch dringende Maßnahmen zu treffen, um der Verbreitung der Lepra unter der Bevölkerung Griechenlands und Kretas Einhalt zu tun. F. Harry-Wiesbaden.

Sur la survivance de la réagine lépreuse injectée chez les animaux (Über die Bestandsfähigkeit von Tieren injiziertem leprösen Reagin), von A. Banciu. (Compt. rend. de Soc. de Biologie, 1925, Bd. 92, Nr. 7, S. 529.) Versuche an zwei Kaninchen und einem Hund zeigten deutliches Bindungsvermögen des intravenös injizierten leprösen Reagins und des Serums der betreffenden Tiere. Das Kaninchenserum verliert das künstlich erworbene Fixationsvermögen nach 24 Stunden, das Serum des Hundes nach 60 Stunden. Während in der genannten Zeit mittels der WR kein Reagin im Serum mehr nachweisbar war, zeigte das hämatoklastisch bearbeitete Blut noch nach 7 Tagen ein deutliches Bindungsvermögen (bei 0,1 ccm Serum). A. Holländer-Hamburg.

Tuberkulose.

Primary Inoculation Tuberculosis of the Skin With Metastasis to Regional Lymph Nodes (Primäre Impftuberkulose der Haut mit Metastasen der regionären Lymphdrüsen), von J. H. Stokes-Philadelphia. (Am. J. m. sc., 1925, Bd. 169, Nr. 5, S. 722.) Mitteilungen über 10 sichere und 2 zweifelhafte Fälle. Die primären Herde lagen im Gesicht, an Fuß, Vorderarm oder Hand. In gleichem Verhältnis waren Kinder, Jünglinge und Erwachsene, zu gleichen Teilen die beiden Geschlechter beteiligt. Die primären Veränderungen, häufig in alten traumatischen Narben, sind im Beginn oft undeutlich und können fern von den Lymphdrüsenmetastasen sitzen. Die Quelle der Infektion bleibt fast stets unklar. Die elementare Veränderung ist der Tuberkelknoten in Haut und Unterhautbindegewebe, durch diaskopischen Druck leicht zu identifizieren. Differentialdiagnostisch kommen Primäraffekt, Sporotrichose, Aktinomykose und Epitheliom, hinsichtlich der Drüsenmetastasen Bubo und Lymphosarkom in Betracht. Bei primärer Erkrankung am Arm kann das einzige Frühsymptom eine schmerzlose, indolente Lymphangitis sein. Ein primärer Herd kann monate- und jahrelang trotz aller Lymphdrüsenoperationen zu immer wiederholten Rezidiven Anlaß geben. Röntgenbehandlung derselben ist nutzlos. Da die Tuberkel sich unerwarteterweise in die Tiefe entwickeln, so ist die Exzision der Herde bis zur Faszie und weit im Gesunden geboten, einschließlich Exzision der sekundären Lymphknoten. Nach der Operation ist zur Kontrolle Radiumbehandlung in großen Dosen der Röntgenbestrahlung vorzuziehen. Ist die Exzision unmöglich, so sollen ultraviolette Strahlen systematisch angewendet werden; auch mäßige Dosen von Neosalvarsan sind angezeigt. R. Rontal-München.

Lupus vulgaris in Litauen. Beitrag zur Lehre der Ätiologie und Therapie des Lupus vulgaris, von Ch. Finkelstein-Kowno. (Zschr. f. Tbc., 1925, Bd. 42. H. 2, S. 111.) Statistische Bemerkungen über die Häufigkeit des Lupus vulgaris in Litauen; etwa 90% arme Dorfbewohner, meist unbehandelt. Ätiologisch: schlechte hygienische Verhältnisse, Zusammenwohnen vieler Personen in einem Zimmer zusammen mit Haustieren. Schlechte Angewohnheit des Nasenbohrens mit schmutzigen Fingern. Empfehlung der Röntgentherapie als souverän, besonders in Kombination mit Quarzlampe. Erwähnung eines mit Eigenblutbehandlung gut geheilten Schleimhautlupus. (Sehr viele Injektionen bis 80 ccm.) E. Schäfer-Göttingen.

Zur Einwirkung von Papelsubstanzen auf Tuberkulin, von E. Brieger und W. Landau-Breslau-Herrnprotsch. (D. m. W., 1925, Nr. 18, S. 735.) Verff. haben den Inhalt von 5 kirschgroßen Impfblasen, die auf 5 Intrakutanimpfungen (je 0,002 mg A.T.) entstanden sind, mit Alttuberkulin 1 : 50 000 zu gleichen Teilen gemischt und je 0,1 ccm davon an 5 Patienten intrakutan verimpft. Die Reaktion

Digitized by Google

war an sämtlichen Intrakutanstellen stark abgeschwächt. Die Abschwächung beruht auf dem Gehalt der Exsudatflüssigkeit an Antikutinen.
F. Harry-Wiesbaden.

Eine technische Weiterentwicklung der v. Wassermannschen Serumreaktion auf Tuberkulose (aus dem wissenschaftlichen Nachlaß von A. v. Wassermann), von H. Reiter und H. Köster, K.-Wilh.-Inst. Berlin-Dahlem. (D. m. W., 1925, Nr. 21, S. 851.) Die Firma Riedel stellt nach Angaben v. Wassermanns ein bereits gebrauchsfertiges Antigenpräparat her, das vor dem Ansetzen der Reaktion zu einer 1%igen Suspension mit Kochsalzlösung verdünnt wird. Durch Staffelung fallender Mengen (0,25—0,01) wird erst die Eigenhemmung geprüft und in einem 2. Versuch mit sicher positivem Tuberkuloseserum, sicher positivem Luesserum und einem Normalserum die Gebrauchsdosis festgestellt. Das Antigenpräparat ist lange Zeit haltbar. F. Harry-Wiesbaden.

Syphilis.

a. Allgemeines und Historisches.

Zum 20. Jahrestag der Entdeckung der Syphilisspirochäte, von E. Hoffmann. (M. m. W., 1925, Nr. 17, S. 691.) Es wird die gewaltige Bedeutung der Entdeckung Schaudinns für die gesamte Syphilidologie, aber auch für die Erforschung weiterer Spirochätosen und für schmarotzende Spirochäten hervorgehoben. Daß die prophylaktische Salvarsanbehandlung empfohlen wird, scheint dem Referenten sehr wichtig und gegenüber dem zu ängstlichen Standpunkt einzelner auch durchaus gerechtfertigt. A. v. Notthafft-München.

Ein Lama-Serum gegen Lues, von E. Kapf-Göppingen. (M. m. W., 1925, Nr. 21, S. 858.) Kapf ist Nichtarzt. Er hat auf dem 14. Amerikanischen Kongreß 1904 an der Hand eines Werkes von Kärger, welches die längst bekannte und auch vom Referenten in seiner „Legende der Altertumssyphilis" erwähnte Meinung der Eingeborenen Perus, daß die Syphilis eine vom Lama übertragene Krankheit sei, wieder erzählte, auf die Möglichkeit einer Serumgewinnung hingewiesen. Er fordert deshalb die Argentinier Jaurégui und Lancelotti, welche ein solches Serum vom Lama gewinnen und mit Erfolg beim Menschen angewendet haben wollen, zu einer Erklärung auf, ob sie wirklich durch eine Stelle bei dem spanischen Dichter Gomara des 16. Jahrh. oder durch seine Kongreßbemerkung zu ihren Forschungen veranlaßt worden seien. A. v. Notthafft-München.

Zur Syphilisdiagnose des praktischen Arztes, von P. Tachau-Braunschweig. (D. m. W., 1925, Nr. 19, S. 780.) Fortbildungsvortrag für praktische Ärzte. Für den Spezialisten nichts Neues. F. Harry-Wiesbaden.

Über die Wechselwirkungen zwischen Syphilis und Tuberkulose, von G. Scherber. Hautabt. Rudolfsp. Wien. (W. m. W., 1925, Nr. 18, S. 1054.) Zwischen Lues acquisita und Tuberkulose finden wechselseitig Beziehungen statt. Der Lues-ausbruch scheint meistens von schwereren Symptomen begleitet zu sein, die Heilung geht aber leichter vonstatten, insbesondere scheint aber das Zentralnervensystem des Tuberkulösen seltener befallen zu werden als des Nichttuberkulösen, wenngleich Verf. auch selbst ein Beispiel für die Weiterentwicklung eines luetisch-zerebralen Prozesses trotz langdauerndem tuberkulösem Fieber anführt. Umgekehrt wird eine tuberkulöse Erkrankung von einer hinzutretenden luetischen im allgemeinen ungünstig beeinflußt. Es hat den Anschein, als ob in erster Linie an der Verschlechterung die Lues als solche schuld sei; erst an zweiter Stelle spielt die Schädigung durch die Behandlung eine Rolle. Bei jedem Tuberkulösen muß man, gleichgültig womit man ihn behandelt, mit der Dosierung sehr vorsichtig sein und auf die Tuberkulose Rücksicht nehmen. Neben der spezifisch luetischen Kur muß aber auch der tuberkulöse Prozeß mit guter Ernährung, Freiluft- und Sonnenkuren, vorsichtigen Tuberkulinkuren usw. behandelt werden. E. Langer-Berlin.

b. Pathologie und Klinik.

Beobachtungen über syphilitische Erkrankungen bei Glasbläsern, von F. Jacoby-Magdeburg. (M. m. W., 1925, Nr. 15, S. 589.) Von einer 17 Kopf starken Belegschaft einer Glasbläserei wurden 7 Arbeiter als syphilitisch erkrankt befunden. Erörterung der Art der Übertragung. A. v. Notthafft-München.

Digitized by Google

Deux cas d'angine de poitrine juvénile avec possibilité d'hérédo-syphilis (Zwei Fälle von juveniler Angina pectoris, möglicherweise kongenital syphilitischer Natur), von L. Gallavardin. (Lyon méd., 1925, Bd. 135, Nr. 18, S. 539—543.) Die im jugendlichen Alter auftretenden Fälle von Angina pectoris beruhen großenteils auf Syphilis; in einem Teil der Fälle kann man kongenitale Syphilis mutmaßen. In dem ersten Falle eines 22jährigen jungen Mädchens mit Aorteninsuffizienz und Angina pectoris nach Anstrengungen, stark positiver WR, Besserung nach spezifischer Behandlung läßt positive WR der Mutter an kongenitale Syphilis denken. Im zweiten Falle handelt es sich um einen 29jährigen Mann mit Anfällen nach Anstrengungen, ohne nachweisbare Veränderungen am Herzen, negativer WR. Möglicherweise kongenitale Syphilis, da der Vater 6 Jahre vor der Geburt des Kindes syphilitisch erkrankt war. Bei beiden Kranken keine Stigmata kongenitaler Syphilis. E. Levin-Berlin.

Die kongenitale Lues. Übersicht der Literatur der letzten 4 Jahre, von Ernst Slawik, D. Univ.-Kinderklin. in d. Böhmischen Landesfindelanst. Prag. (M. Kl., 1925, Nr. 23, S. 861—864, Nr. 24, S. 900—905.) Übersichtsreferat. E. Levin-Berlin.

Hérédo-syphilis nerveuse tardive (Tardive kongenitale Syphilis des Nervensystems), von L. Babonneix. (Gaz. des hôp., 1924, Nr. 91, S. 1501—1502.) Nicht nur bei Kindern, auch bei älteren Personen soll bei Erkrankungen des Nervensystems an kongenitale Syphilis gedacht werden. Aus 7 einschlägigen Beobachtungen wird der Schluß gezogen, daß die anscheinend essentielle Epilepsie häufig auf kongenitaler Syphilis infolge von Exostosen der Tabula interna beruht; man findet bei derartigen Kranken häufig positive WR, dystrophische Stigmata, Tuberkulose in abgeschwächter Form. Die Erscheinungen von seiten des Nervensystems werden durch spezifische Behandlung sehr gebessert. In 2 Fällen zeigten sich spastische Paresen in Verbindung mit Augensymptomen: Pupillenungleichheit und -unregelmäßigkeit, Argyll-Robertsonsches Zeichen. E. Levin-Berlin.

La syphilis de la rate (Die Syphilis der Milz), von L. Pellissier. (Gaz. des Hôp., 1924, Nr. 100, S. 1653—1657, Nr. 102, S. 1685—1687.) Die Milz kann bei kongenitaler und bei erworbener Syphilis erkranken. Ersteres ist die am häufigsten vorkommende Form (Splenomegalie), zugleich ein wichtiges Zeichen der kongenitalen Syphilis. Bei tardiver kongenitaler Syphilis kommt dieselbe Form, jedoch seltener, vor. Verhältnismäßig selten ist auch die Beteiligung der Milz bei der erworbenen Syphilis, sie tritt hier in allen Stadien und unter verschiedenen Formen auf. Besonders im tertiären Stadium kann man von Syphilis der Milz sprechen und den histologischen Beweis für die Spezifität führen. Kombinationen mit Lebererkrankungen sind nicht selten; es findet sich Ikterus, der durch spezifische Behandlung gebessert wird. Vielfacher Art sind die Beziehungen zwischen Milz und Blutveränderungen; es handelt sich um Anämie, die im ersten und zweiten Stadium Abwehrerscheinung der Milz, im dritten Zeichen von Defizienz ist, oder um Leukämie. Der Wert der WR für die Erkennung der auf Syphilisinfektion beruhenden Splenomegalien ist zweifelhaft. Besprechung der Diagnose und der pathologischen Anatomie. E. Levin-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Ernannt: Prof. Jan Kanty Lenartowicz in Krakau zum Vorstand der Dermatologischen Klinik in Lemberg;

Priv.-Doz. Dr. Franz Walter zum a. o. Professor und Vorstand der Dermatologischen Klinik in Krakau. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille. Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 50 (Bd. 81) 12. Dezember 1925

Aus der Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Budapest
(Vorstand: Prof. Dr. L. A. v. Nékám).

Über eigentümliche, die harnsauren Salze absorbierende Gebilde in den menschlichen Schweißdrüsenzellen.

Von

Dr. N. Melczer, Assistent.

Mit 2 Abbildungen im Text.

Während des Studiums der Mikrozentren der menschlichen Schweißdrüsenzellen fand ich in einzelnen Zellen der Schweißdrüsen in der Sohle mehr oder weniger runde, einen zentralen, dunkler färbbaren Teil aufweisende Körperchen, welche den in den Nierenzellen der Sauropsiden nach Alkoholfixierung sehr gut studierbaren, aus harnsauren Salzen bestehenden Kügelchen ähnlich waren. Der zentrale und periphere Teil dieser Körperchen, im polarisierten Lichte untersucht, erschien in der Tat doppeltlichtbrechend. Auf Grund dieses histologischen Befundes schien mir die Fähigkeit der Schweißdrüsen, harnsaure Salze auszuscheiden, ohne Zweifel zu sein, und es lohnte sich daher, die Morphologie und die Entwicklungsart dieser Salzkondensatoren zu untersuchen.

Abgesehen von den in Malpighischen Gefäßen einzelner Insektenarten gefundenen bröckeligen harnsauren Salzen wurde die Morphologie der in den Nieren einzelner Wirbeltiere und Wirbellosen auffindbaren harnsauren Salze durch die grundlegende Untersuchung Henles, Merkels, Wittichs und Meissners, in der neuesten Zeit durch Schoppe, mit großer Umsicht bearbeitet.

Unter den Wirbellosen untersuchte Schoppe die Niere der mit großen Zellen, mit großen Konkrementen versehenen und dabei leicht beziehbaren Schnecke; unter den Reptilien wurden hauptsächlich der Regenwurm und die Blindschleiche, unter den Vögeln neben verschiedenen Sorten die Nieren der Tauben und Sperlinge einem gründlichen Studium unterworfen. Dabei untersuchte Schoppe auch experimentell die Exkretion der Harnsäure in den Nieren der Tauben, Hühner und Sperlinge.

Seiner Meinung nach enthält der weiße, breiartige Urin der Schnecke annähernd runde, im durchfallenden Lichte weißlich glänzende Kügelchen. Manche sind strukturlos; andere sind in ihrem Zentrum radiär gestreift, an der Peripherie zirkulär geschichtet. Im polarisierten Lichte sind alle doppeltlichtbrechend, und sie weisen annähernd die gleiche Größe auf. Im Wasser lösen sie sich fast gänzlich auf. Essigsäure, Ammoniak und Kalilauge beschleunigen die Auflösung, in deren Beginn der periphere

Digitized by Google

Teil allmählich blasser wird, und auch die zentrale Streifung verschwindet. Während im Anfang der Auflösung auch die zentrale radiäre Struktur verschwindet, wird die zirkuläre Schichtung des blassen peripheren Teiles besser sichtbar. In der späteren Phase der Auflösung ist noch der im Zentrum sichtbare dunklere, kernartige Teil gut auffindbar, der durch die über- und nebeneinander gelegenen, im optischen Querschnitte kreisförmigen Granulen gebildet wird. Während der Auflösung sind, im polarisierten Lichte untersucht, interferentierte Kreuze sichtbar. Das Kügelchen behält auch nach der gänzlichen Auflösung in der Form

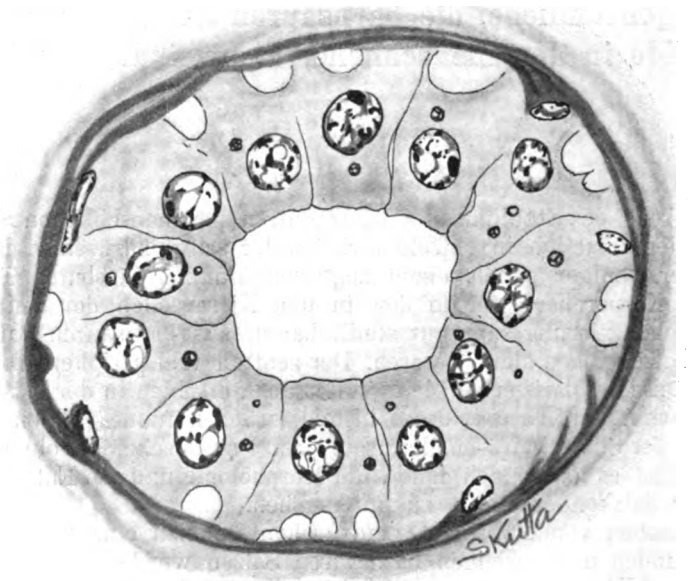


Abb. 1. Schweißdrüsenquerschnitt der menschlichen Sohle. Fixiert nach Flemming. (Ölimm. $^1/_{12}$, Okular III, Tubuslänge 160 mm, Abbéscher Zeichenapparat.)

eines blassen Stromas seine Größe und seine ursprüngliche Form. Dieses Stroma kann noch in vielen Fällen, besonders an der Peripherie, doppeltlichtbrechende Substanzen enthalten, nach deren gänzlichem Verschwinden auch das Stroma verschwindet, und zwar gleichmäßig in seiner ganzen Ausdehnung.

Unter den verschiedenen Fixierlösungen fand er zur Untersuchung der harnsauren Konkremente bloß den absoluten Alkohol und die van Gehuchtensche Mischung für geeignet. Bei der Benützung anderer Fixiermittel lösen sich die Konkremente entweder teilweise oder gänzlich auf, und es bleibt an ihren Stellen im Plasma eine der Größe und Form des Konkrementes entsprechende Vakuole zurück. In den teilweise aufgelösten Konkrementen der fixierten Präparate ist außer dem zentral gelegenen, entweder unregelmäßigen oder druseartigen, kompakteren Kern gar keine Struktur zu sehen. Die Stelle der aufgelösten Konkremente ist nicht immer leer. Man sieht oft an Ort und Stelle ein unregelmäßig ge-

Digitized by Google

zeichnetes Netz oder einen meist zentral gelegenen, Schollen aufweisenden, konzentrischen Kreis, der nach Schoppe mehr oder weniger als konservierter Rest des Stromas anzusehen ist. Ein gänzlich intaktes, ja sogar ein gefärbtes Stroma findet man in den mit absolutem Alkohol bzw. in den nach Flemming fixierten und mit Heidenhains Eisenhämatoxylin gefärbten Schnitten. Das Stroma der Konkremente wird seiner Meinung nach aus Plasmamaterial gebildet, das durch sein chemisches Verhalten bekräftigt erscheint, da es nach Zugabe von Essigsäure bzw. Ammoniak gerade so wie die Plasmaeiweiße sich löst.

Zum Studium der Gewebsstruktur versuchte er seine Präparate nach Fixierung in Alkohol bzw. in van Gehuchtenscher Lösung auf verschiedene Weise zu färben. Die wässerigen Farblösungen lösen aber die Konkremente auf; die alkoholischen dagegen geben bloß eine diffuse Färbung. Schließlich fand er doch die mit einer auf 30 Min. verkürzten

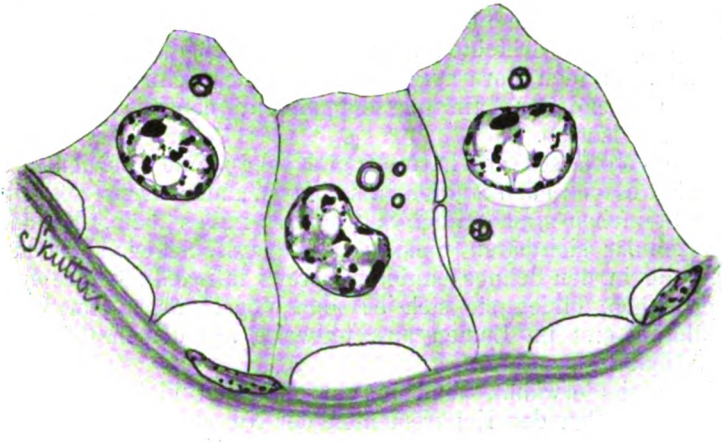


Abb. 2. Vergrößerte Partie aus der Abb. 1.
(Ölimm. $^1/_{12}$, Okular 18.)

alkoholischen Eosinvorfärbung kombinierte Heidenhainsche Eisenhämatoxylinfärbung für die geeignetste. Die Brauchbarkeit dieses Verfahrens wurde dadurch bekräftigt, daß die Konkremente in den Zellen dicht mit Plasma umgeben waren, und es fehlten im polarisierten Lichte auch die beginnende Auflösung andeutenden interferentierten Phänomene. Da die Zellen in überwiegender Zahl bereits geformte und annähernd gleich große harnsaure Kügelchen enthalten, ist das Studium der Sekretion gar nicht leicht. Nach seinem Befund erscheinen an der freien Seite der Epithelzellen anfangs bloß eine, später mehrere kleine Schollen, um die herum Schichten aus Uraten entstehen. Die zirkuläre Schichtung dieses Uratmantels ist besonders im Beginne der Auflösung gut sichtbar.

Er fand die Ansicht Wittichs und Meissners bezüglich der Vogelniere, wonach die Nierenzellen bei der Exkretion der Konkremente zugrundegingen, weder bei der Schnecke noch bei den Vögeln berechtigt. Im Falle eines Zugrundegehens der Zellen mußten nämlich neue ent-

Digitized by Google

stehen, welche durch die in solchen Fällen in größerer Zahl wahrnehmbaren Teilungsfiguren signalisiert würden. Die Berechtigung zu solcher Annahme konnte er aber durch Bilder nicht demonstrieren. Er hält es aber für möglich, daß die das Konkrementum umgebende Plasmaschicht samt dem Konkremente aus der Zelle gestoßen wird. Auf ähnliche Art und Weise geht auch das Stromamaterial der Konkremente zugrunde. Die Steinchen liegen fast immer in der proximalen, dem Lumen zugekehrten Seite der Zellen. Die Konkremente des Urins der Vögel und Reptilien ähneln im großen und ganzen denen der Schnecke. Im allgemeinen sind die harnsauren Steine der Sauropsiden viel kleiner, und sie unterscheiden sich bezüglich der Größe voneinander. Ihr Lichtbrechungsvermögen, ihre Lösbarkeit sind dieselben wie bei der Schnecke; sie sind sogar leichter löslich. Die morphologische Struktur der Konkremente ist aber nicht so ausdrucksvoll. Die konzentrischen Kreise können durch radiär angeordnete Balken durchzogen sein, die an den harnsauren Kügelchen der Schnecke nicht wahrnehmbar sind. Die Bälkchen können auch die peripheren Schichten überragen, so daß die Steinchen gezackt sein können. In den harnsauren Steinchen der Schnecke ist der periphere Teil während der Auflösung doppeltlichtbrechend, bei den Sauropsiden dagegen isotrop.

Was das Verlassen der harnsauren Konkremente aus den Zellen betrifft, handelt es sich nach Schoppe um einen Wanderungsprozeß. Die intrazellulären Steinchen sind bei den Sauropsiden immer klein. Er fand unter den intrazellulär sichtbaren niemals den ausgeschiedenen gleich große. Während die in den Schneckennieren bereits intrazellulär ihre endgültige Größe erreichen, bilden sie sich bei den Vögeln nach dem Muster der Kristallbildung erst im Lumen aus, teilweise aus der in flüssiger Form ausgeschiedenen Harnsäure.

Wie bereits erwähnt, fand ich in einzelnen kleinen menschlichen Schweißdrüsenzellen den Konkrementen der Nieren von Sauropsiden ähnliche Gebilde. Dieser histologische Befund spricht dafür, daß die Schweißdrüsen auch unter normalen Verhältnissen zur Exkretion von harnsauren Salzen befähigt sind. Die Salzkondensatoren werden nämlich aus zwei Teilen, aus dem die Plasmaeiweißkomponente innehabenden sphärischen Stroma und aus den im Stroma absorbierten harnsauren Salzen, gebildet. Ihre Form ist mehr oder weniger rund; ihre Größe variiert zwischen 4—8 μ.

Diese Gebilde färben sich nach Vorbehandlung mit chrom-osmiumhaltigen Fixiermitteln ziemlich intensiv. Man kann im Inneren gewöhnlich kleinere, größere, stark lichtbrechende Körnchen wahrnehmen. Sowohl die Zahl wie die Form der Granulen kann variieren. Der häufigste Fall ist, daß im Zentrum dieser Gebilde eine größere Scholle liegt. Übrigens sind oft 2—3—4 Granulen von verschiedener Größe sichtbar. Im polaren Lichte untersucht sind sie doppeltlichtbrechend. An der Peripherie des Körperchens fand sich manchmal bei polarisiertem Lichte ein kommaartiges, anisotropes Gebilde.

Was die Form anbelangt, weichen sie in 30% von der bereits beschriebenen ab. Das Stroma mancher Formen kann von Granulen derart überfüllt sein, daß sie dem Morulastadium eines segmentierenden Eies ähneln.

Digitized by Google

Derartige in menschlichen Schweißdrüsenzellen vorkommende Salzkondensatoren ähneln noch am meisten den der Sauropsiden, d. h. den in den Nierenzellen der Schlangen und Vögel vorkommenden Konkrementen. Den Typus vom harnsauren Steinchen der Schnecke konnte ich dagegen nirgends auffinden.

Die harnsauren Steinchen der menschlichen Schweißdrüsenzellen sind nämlich viel kleiner als die der Schnecke. Ihre Größe ist variabel; dabei haben sie weder eine zentrale radiäre noch an der Peripherie eine konzentrische Zeichnung.

Die harnsauren Konkremente der Schweißdrüsenzellen unterscheiden sich aber nicht bloß morphologisch, sondern auch nach ihrem physikalischen Verhalten. Während die Nierenkonkremente der Schnecke nach Zugabe von Wasser, von dünner Säure oder Lauge sich leicht lösen, widerstehen die in den menschlichen Schweißdrüsen vorhandenen dem Wasser, ja sogar den genannten chemischen Mitteln.

In den Gefrierschnitten verlieren die Harnsäurekondensatoren der Schweißdrüsen nach Zugabe von 1% Essigsäure allmählich, manchmal unter Begleitung von interferentierten Kreuzen, ihr Doppellichtbrechungsvermögen; später wird auch das Stroma bleicher, um schließlich allmählich gänzlich zu verschwinden.

Wegen der schweren Lösbarkeit der Harnsäurekondensatoren der Schweißdrüsen sind diese nicht bloß in absolutem Alkohol oder in der Chloroform-Alkohol-Essigsäuremischung nach VAN GEHUCHTEN, sondern auch in der säurefreien chrom-osmiumhaltigen Fixierlösung sehr gut fixierbar.

Obzwar ein großer Teil der harnsauren Salze bei der Benutzung solcher Fixierlösungen der Auflösung anheimfällt, nimmt das Stroma einen graufarbigen Ton an, und es wird dadurch besser sichtbar.

Das Studium der Entwicklung der harnsauren Kondensatoren stößt auf große Schwierigkeiten. Unter normalen Verhältnissen ist nämlich die exkretierende Funktion der Schweißdrüsen bezüglich der harnsauren Salze — speziell was den histologischen Nachweis betrifft — unbedeutend. Die Entscheidung der Frage auf experimentellem Wege wird — abgesehen von jener technischen Schwierigkeit, daß die Einführung genügender Menge Harnsäure in den Organismus des Versuchstieres wegen der schweren Lösbarkeit der Harnsäure bzw. wegen der Toxizität ihrer Lösungsmittel kaum durchführbar ist — durch jenen Umstand, daß die Schweißdrüsen unserer auf Pilokarpinwirkung reagierenden Versuchstiere (Katze und Hund) das in ihren Organismus eingeführte harnsaure Piperazin in amorpher Form ausscheiden.

Bei der Entwicklung der harnsauren Kondensatoren ist wahrscheinlich das Stroma das Primäre, welches wegen der vom übrigen Teil des Plasmas abweichenden Oberflächenspannung sphärisch wird. Das Stroma löst sich in verdünnten Säuren, und zwar hauptsächlich in Essigsäure, welcher Umstand dafür spricht, daß es durch Plasma-Eiweißkomponente gebildet wird. Die in den Kondensatoren absorbierten Salze sind wahrscheinlich Quadriuraten, unter welchen sich die K- und Na-Salze in amorpher Form ausfällen. Die schwer lösbaren, an der Peripherie manchmal konzentrisch gestreiften Konkremente entsprechen wahrscheinlich den Ca-Uraten.

Digitized by Google

Literatur.

J. Henle, Über die Gattung Branchiobdella und über die Deutung der inneren Geschlechtsteile bei den Anneliden und hermaphroditischen Schnecken. Müllers Archiv, 1835, S. 600. — G. Meissner, Beiträge zur Kenntnis des Stoffwechsels im tierischen Organismus. Zschr. f. ration. Med., 1868, Bd. 31. — Ph. Schoppe, Die Harnkügelchen bei Wirbellosen und Wirbeltieren. Anatomische Hefte, Bd. 7, S. 407. — Wittich, Über Harnsekretion und Albuminurie. Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol., 1856, Bd. 10.

Aus der äußeren Abteilung des Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt
(Dirigierender Arzt: Prof. Dr. Werther).

Ein Beitrag zur Erysipelbehandlung mit Streptoyatren.

Von

Dr. Karl Bleyer, Assistent der Abteilung.

Mit 4 Abbildungen im Text.

Während früher der von Fehleisen 1881 entdeckte Streptococcus erysipelatos als der spezifische Erreger des Erysipels angenommen wurde, weiß man heute, daß die verschiedensten Streptokokkenarten Erysipel erzeugen können. Es sind auch Erysipele beobachtet worden, die dem Pneumokokkus, dem Bakterium coli und dem Typhusbazillus ihre Entstehung verdanken. In der weitaus größten Mehrzahl sind die Erreger des Erysipels aber Streptokokken, von denen verschiedene Arten auf den verschiedensten Nährböden gezüchtet worden sind.

Der klinische Verlauf und die mannigfaltigen Arten des Erysipels müssen als bekannt vorausgesetzt werden. Ebenso ist bekannt, daß es chronische Erysipele gibt, und daß die überstandene Erkrankung niemals Immunität verleiht. Nach Lexer ist die Invasion der Erreger in die Haut ektogen, hämatogen und lymphogen möglich. Von diesen drei Infektionsmöglichkeiten ist die ektogen entstehende Rose die häufigste. Unter diesen Erysipeln beobachtet man wiederum weitaus am häufigsten die Wundrose des Gesichts. Dies ist durch die zahlreichen Eingangspforten begründet, welche Rhagaden und kleine Wunden, Ekzeme und andere Dermatosen, besonders am Naseneingang, an den Augen, an den Ohren und an den Lippen bieten. Dazu kommt noch häufiges Berühren und Reiben mit schmutzigen Fingern und außerdem die Möglichkeit einer Infektion durch das oft Kokken bergende Sekret der Nase. Auch in den späterhin von uns angeführten Fällen handelt es sich bis auf sechs ausschließlich um Gesichtserysipele. Will man sich nun bei der Behandlung des Erysipels ein Urteil darüber bilden, welchen therapeutischen Effekt man erzielt hat, so muß man in Betracht ziehen, daß die durchschnittliche Dauer der Erkrankung auch ohne Behandlung nur 6—10 Tage beträgt. Von den verschiedensten Autoren sind sehr zahlreiche Behandlungsmethoden empfohlen worden, auf die näher einzugehen hier zu weit führen würde. Einzelne gute Erfolge mit Diphtherieserum, Dispargen, Jod-Guajakol-Glyzerin, Jodtinktur, Pyramidon usw. sind beschrieben worden.

Digitized by Google

Wie bei fast allen Infektionskrankheiten, so ist auch bei dem Erysipel in neuerer Zeit die unspezifische Reiztherapie, die spezifische Vakzinetherapie und schließlich die kombinierte Reiz-Vakzinetherapie angewandt worden. Erfolge und völlige Versager sind beschrieben worden. In neuester Zeit haben Koch und Adelsberger eine Reihe von Erysipelen spezifisch-unspezifisch mit Streptoyatren behandelt. Auch wir haben in letzter Zeit die Streptoyatrentherapie bei Erysipeln angewandt. Ich möchte im folgenden kurz über unsere Resultate berichten.

Wir haben an unserer Klinik in den letzten $1^1/_2$ Jahren 30 Fälle von Erysipel mit Streptoyatren behandelt. In der ersten Zeit sind 9 von diesen 30 Fällen nach unseren jetzigen Anschauungen ungenügend, d. h. mit viel zu kleinen Dosen behandelt worden. Ein besonders beachtenswerter therapeutischer Erfolg ist bei diesen ungenügend behandelten Fällen nicht beobachtet worden.

Für die Beurteilung unserer Erfolge mit Streptoyatren bleiben also noch 21 Fälle übrig.

Über die Anwendung des Streptoyatrens bei diesen 21 Fällen ist nur zu sagen, daß wir bei jedem hochfiebernden Patienten sofort 0,5—1,0—1,5 ccm Streptoyatren, Stärke IV, immer intravenös gegeben haben. Die Dosierung 0,5—1,0—1,5 ccm richtete sich nach dem Alter und nach dem allgemeinen Kräftezustand; nie waren dagegen Höhe des Fiebers und Puls oder Ausdehnung und Sitz des Erysipels maßgebend.

Von diesen 21 Fällen ist ein Fall von sehr ausgedehntem Erysipel kombiniert mit Streptokokkenpyämie und Tbc. pulmonum unbeeinflußt geblieben.

In 2 Fällen, bei denen gleichzeitig eine Phlegmone bestand, die inzidiert werden mußte, ist es zum mindesten fraglich, ob die rasche Entfieberung der gleichzeitigen Streptoyatrenbehandlung oder der Inzision zu verdanken ist.

In 4 Fällen, bei denen es sich um ein ganz leichtes, bereits erblassendes Erysipel handelte, und die nur eine Injektion bekommen haben, können wir den erzielten therapeutischen Effekt auch nicht mit Sicherheit dem Streptoyatren zurechnen.

5 Fälle, die 2—3 Injektionen alle 1—2 Tage um $^1/_2$ ccm steigend erhielten, zeigten eine vorübergehende Fiebererhöhung am Tage nach der Injektion. Diese Fieberzacke wurde nach den folgenden Injektionen immer kleiner, so daß die Patienten nach der 2. oder 3. Injektion fast entfiebert, am folgenden Tage fieberfrei waren und rezidivfrei blieben. Es handelt sich bei diesen Fällen wohl um ein Vorherrschen der unspezifischen Reiztherapie.

Die restlichen 9 Fälle, bei denen die Wirkung des Streptoyatrens eine wirklich sehr gute war, zeigten alle eine rasche kritische Entfieberung meistens nach der 1. Injektion. Erythem und Schwellung griffen nie weiter um sich, sondern verschwanden kurze Zeit nach der Entfieberung. Ein Rezidiv ist nie aufgetreten. Ebenso sind bisher nie Störungen von seiten des Herzens oder des Allgemeinbefindens beobachtet worden.

Es folgen 3 Fieberkurven, von denen die 3. insofern etwas abweicht, als am Tage nach der 1. Injektion noch eine etwas höhere Fieberzacke zu verzeichnen ist, wie sie für die 5 oben erwähnten Fälle typisch ist.

Digitized by Google

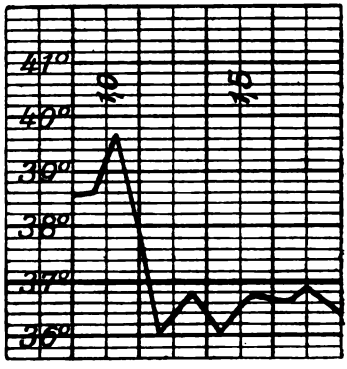


Abb. 1.

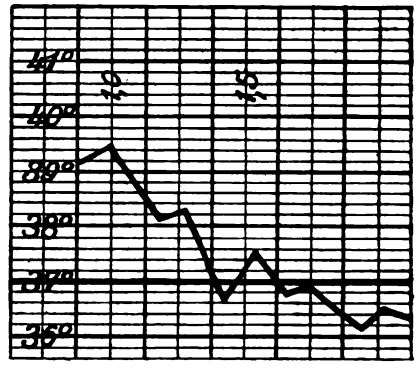


Abb. 2.

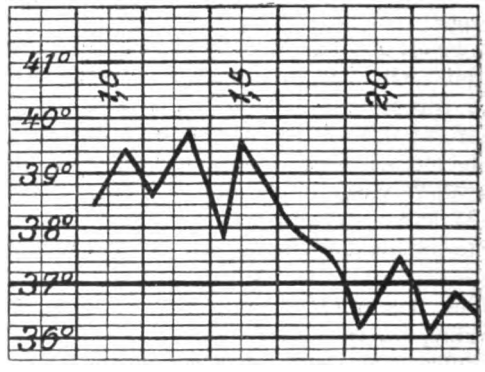


Abb. 3.

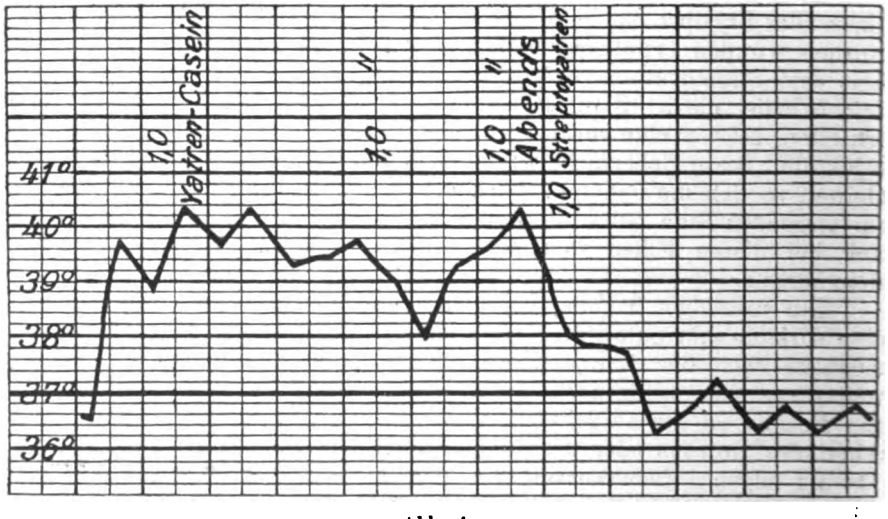


Abb. 4.

Digitized by Google

Nach der 2. Injektion zeigt aber auch diese Kurve den kritischen Entfieberungstypus.

Bei diesen Fällen darf man wohl eine spezifische Therapie, d. h. eine spezifische aktive Immunisierung annehmen.

Zum Schluß sei noch folgender Fall erwähnt. Eine 16jähr. Pat. S. liegt wegen einer ausgedehnten Verbrühung an der Brust und am linken Oberarm auf unserer Abteilung. Am 14. Tage nach der Einlieferung tritt in den schon fast ganz überhäuteten Partien ein Erysipel mit hohem Fieber auf. 3 Yatren-Kaseininjektionen, die bei Erysipel nach unseren Erfahrungen auch günstigen Einfluß zu haben scheinen, sind, wie aus der Kurve 4 zu ersehen ist, hier ohne jeden Erfolg. Am Tage der 3. Injektion abends sogar wieder 40,2°. Es wird daher noch an demselben Tage 1 ccm Streptoyatren intravenös gegeben. Den geradezu verblüffenden Erfolg zeigt die Kurve 4 wohl am besten. Das Erysipel klingt prompt ab. Ein Rezidiv ist nicht mehr aufgetreten. Das Allgemeinbefinden blieb gut. Die unspezifische Reiztherapie hat also in diesem Fall sicher versagt, dagegen die spezifische Vakzinetherapie einen glänzenden Erfolg gehabt.

Zusammenfassend sei also gesagt, daß wir die von Koch beschriebenen Fieberkurven und den therapeutisch sehr günstigen Einfluß des Streptoyatrens auf das Erysipel auf Grund unserer klinischen Erfahrungen durchaus bestätigen können.

Aus der dermatologischen Abteilung des Allg. Krankenhauses St. Georg in Hamburg (Leiter: Oberarzt Priv.-Doz. Dr. H. Ritter).

Das Salvarsan- bzw. Quecksilberexanthem als unspezifischer Heilfaktor der Syphilis.

Von

Hans Ritter und Oskar Morsbach.

In einer Arbeit über die Bedeutung des unspezifischen Heilfaktors in der Syphilistherapie wirft Kyrle die Frage auf, ob wir Anhaltspunkte dafür besitzen, daß der Endeffekt therapeutischer Unternehmungen ein anderer werden kann, wenn die Organmithilfe eine entsprechende ist. Das Problem der Syphilisheilung darf nach Kyrles Ansicht in theoretischer Hinsicht durch die Tatsache der spezifischen Einstellung des Salvarsans auf Syphilisvirus als gelöst betrachtet werden. Wenn jedoch sehr viele Fälle von Lues, besonders in älteren Stadien, trotz intensivster Verwendung des Salvarsans nicht geheilt werden, so sind „eigenartige biologische Verhältnisse, die sich aus der Reaktion des Gewebes auf das Virus und aus der Art der Ansiedelung der Parasiten in demselben ergeben, als Grund für die verminderte Leistungsfähigkeit des Salvarsans anzusehen".

Das Syphilisvirus ist nun vornehmlich ein Gewebevirus, das sich nur kurze Zeit im Blute findet. Dann zwar ist seine Vernichtung durch Salvarsan sicher, wofür die fast ausnahmslos günstigen Erfolge bei frischer primärer Lues und analog die glänzenden Erfolge bei der Febris recurrens, deren Erreger in der Blutbahn vegetieren, sprechen. Sind jedoch die Syphilisspirochäten ins Gewebe übergetreten und haben dort günstigen Boden für ihre Ansiedelung gefunden, dann scheint bald eine gewisse Relation zwischen Virus und Gewebe hergestellt zu werden; die biologische Qualität des Virus gerät in Abhängigkeit von der des Gewebes und umgekehrt. Der Kampf zwischen Parasiten und Gewebe führt entweder zur Beschränkung oder Vernichtung der Keime oder aber zu ihrer Anpassung an den Boden und damit zu ihrer

Digitized by Google

dauernden Fixierung. Und die Syphilisspirochäten scheinen ungemein akkomodationsfähig zu sein und damit sehr resistent werden zu können. Damit werden aber die Aussichten auf einen vollen Heilerfolg durch ein Spezifikum allein immer geringer. Befriedigende therapeutische Erfolge sind dann nur zu erreichen, wenn sich das Gewebe im Abwehrkampfe unterstützend und ausgleichend beteiligt. Welche biologischen Prozesse dabei im Gewebe eine Rolle spielen, entzieht sich noch durchaus unserer Kenntnis, aber „daß für den endgültigen Effekt jeder therapeutischen Unternehmung bei vorgeschrittener Syphilisinfektion die Qualität der Gewebsreaktion von ausschlaggebender Bedeutung ist, daß wir, um zu einem günstigen Resultat gelangen zu können, die Mitwirkung des Organismus in vollem Maße benötigen, wird wohl heute kaum von jemandem in Abrede gestellt" (KYRLE).

Die große Bedeutung der individuell verschiedenen Organdisposition für das wechselvolle Symptomenbild der Lues ist bekannt. Daß weitgehende Änderungen in dieser Disposition eines Individuums nicht ohne Einfluß auf den Verlauf der Syphilis sind, und zwar sowohl nach der guten als auch nach der schlechten Seite hin, dafür haben wir aus der Erfahrung Beispiele und Beweise genug.

Die Frage der gegenseitigen Beeinflussung innerer Krankheiten hat durch LÖWY eine Beantwortung gefunden, in der er auf Grund einer Nachprüfung vielfältiger Kombinationsbilder verschiedenster Erkrankungsformen zu dem Schlusse kommt, daß ein in irgend einer Weise konstitutionell minderwertiger Organismus oder ein erkrankter Körper gegen eine neu hinzutretende Infektion in verschiedenster Weise reagiert, je nachdem die Widerstandskräfte des Körpers durch dieselbe herabgesetzt oder neue Abwehrkräfte ausgelöst werden. So können latente Reize oder Keime mobilisiert werden, oder zwei Krankheiten können sich in ihren Wirkungen addieren. Eine Krankheit kann den Charakter einer anderen Krankheit vollständig ändern oder dieselbe verdecken. Endlich kann eine vorhandene Krankheit zum Schwinden gebracht werden, sei es dadurch, daß die Reaktionsfähigkeit des Organismus erschöpft wird und der Körper der neu hinzutretenden Infektion erliegt, oder dadurch, daß durch Umstimmung des Körpers durch Erhöhung der Schutzkräfte und Veränderung der Abwehrmaßnahmen eine wirkliche Heilung erfolgt. Bezüglich der Lues nun ist es eine seit langem bekannte Erfahrungstatsache, daß fieberhafte Prozesse, beispielsweise akute Infektionskrankheiten, den Ablauf des syphilitischen Prozesses oft günstig zu beeinflussen vermögen. Besonders das Erysipel ist häufiger als besonders wirksam für das Verschwinden von luischen Erscheinungen beobachtet worden (WAGNER v. JAUREGG).

Zu therapeutischen Zwecken hat man sich die Kenntnis dieser Tatsache zuerst bei den Versuchen der Beeinflussung der progressiven Paralyse durch Tuberkulininjektionen, Impfungen mit Malaria und Febris recurrens oder andere Methoden mit Erfolg zunutze gemacht. Aber schon 1914 meinte WAGNER v. JAUREGG, daß man nach den Erfolgen der Tuberkulinbehandlung nicht bei der progressiven Paralyse haltmachen dürfe, vielmehr auch andere Fälle luischer Erkrankung des Zentralnervensystems, ja luischer Erkrankungen überhaupt mit einer Kombination einer spezifischen antiluischen und einer Tuberkulinkur behandeln solle, besonders wenn die spezifische Kur allein keinen oder nur ungenügenden Erfolg zeitigte. Diese Wege wurden dann auch von BIACH und KYRLE beschritten mit dem Resultat, daß nach ihren Untersuchungen künstlich erzeugtes Fieber einen wesentlichen Hilfsfaktor bei der Behandlung der primären und sekundären Lues abzugeben vermag.

Daß andererseits chronische Infektionskrankheiten den Verlauf der Lues vielleicht auch ungünstig gestalten, ist eine ebenso bekannte Tatsache. Sehr interessant sind die Wechselbeziehungen zwischen der Tuberkulose und der Syphilis, indem interkurrente Syphilis einen sehr günstigen Einfluß haben kann auf die Rückbildung tuberkulöser Erkrankungen, ja durchaus nicht selten eine wirkliche Heilung erkennen läßt. Im Gegensatz hierzu zeigt sich aber bei bestehender Syphilis meist eine Verschlechterung dieser Krankheit bei steterem Auftreten einer Lungentuberkulose (THALACKER).

Aber auch ohne interkurrente Erkrankungen können offenbar Änderungen im Verhalten des Organismus zustande kommen, welche die Spirochäten in besonderer Weise beeinflussen. Dafür sprechen jene Fälle, wo bei alter latenter Lues mit jahrelang unverändert positiver Serumreaktion die WR plötzlich negativ gefunden wird und auch negativ bleibt, oder andererseits die Beobachtungen, daß durch lange Zeit negative Serumreaktionen plötzlich positiv werden (KYRLE).

Digitized by Google

Eine interkurrente Erkrankung, die nicht so selten während der spezifischen Behandlung einer Syphilis auftritt, ist eine als Zeichen einer Arzneiidiosynkrasie auftretende Dermatitis (Exanthem). Die Unterscheidung der Salvarsan- von der Quecksilberdermatitis begegnet nun in den meisten Fällen außerordentlichen Schwierigkeiten. Keines der mehrfach angegebenen Unterscheidungsmerkmale darf als ganz zuverlässig gelten. Bei der nun in der Regel geübten kombinierten Behandlung mit Salvarsan und Quecksilber ist es im Einzelfalle sehr oft unmöglich, mit Bestimmtheit die ursächliche Rolle des Salvarsans oder des Quecksilbers festzustellen (STÜHMER). Es handelt sich jedoch bei der Betrachtung der Frage des Einflusses der Salvarsan- oder Quecksilberexantheme auf den Verlauf der Lues um die unspezifische Wirkung des Exanthems als solches, gleichgültig ob dasselbe die Folge einer Idiosynkrasie für Salvarsan oder für Quecksilber ist. Wenn trotzdem im folgenden häufig kurzweg von Salvarsanexanthem bzw. Salvarsandermatitis die Rede ist, so soll damit nicht ausgeschlossen sein, daß in dem einen oder anderen Falle auch das Quecksilber die Ursache für den Ausbruch eines Exanthems sein könnte.

BUSCHKE und FREYMANN waren es, die als erste im Jahre 1921 ihre Aufmerksamkeit auf die Frage des Einflusses der Salvarsanexantheme auf den Verlauf der Syphilis lenkten. Als Ergebnis der Nachprüfungen der von ihnen in den Jahren zuvor beobachteten Exantheme gewannen sie den Eindruck, daß „die schweren, eingreifenden und lang dauernden Exantheme so unangenehm sie an sich durch die Schwere ihrer Erscheinungen und auch durch das Zweifelhafte ihrer Prognose quoad vitam sind, wenn sie schließlich gut verlaufen, den Gesamtverlauf der Syphilis geradezu günstig zu beeinflussen schienen". Mehr glauben sie auf Grund ihrer Beobachtungen nicht sagen zu können.

Von den von BUSCHKE und FREYMANN angeführten 10 Fällen hat einer nach 2 Monaten ein serologisches Rezidiv bekommen. Die Behandlung bestand in diesem Falle aus 7 Hg- und 2 Neosalvarsaninjektionen. Bei den übrigen 9 Fällen ist die WR negativ geblieben, ebenso sind keine klinischen Luessymptome wieder aufgetreten. Dabei lassen sich die Fälle folgendermaßen gruppieren.

2 Fälle: WR vor Behandlung ? Behandlung: 10mal 0,45 Neosalvarsan- bzw. 9 Hg- und 7 Neosalvarsaninjektionen. Beobachtungsdauer: 1 und 3 Monate.

1 Fall: WR vor Behandlung ? Behandlung: 9 Neosalvarsan- und 11 subkutane Arseninjektionen. Beobachtungsdauer: 2 Jahre.

1 Fall: WR vor Behandlung ? (angeblich Blut „gut" gewesen). Behandlung: 8mal 3,0 Hg geschmiert, 3mal 0,3 Neosalvarsan. Beobachtungszeit: 6½ Jahre. (Nach 2 Jahren einen gesunden Knaben geboren.)

1 Fall: WR vor Behandlung ? Behandlung: erste Kur: 10 Hg und 6—8 Neosalvarsaninjektionen. Zweite Kur: 10 Hg und 6 Neos., Dermatitis, trotzdem eine dritte Kur: 6 Neos., Verschlimmerung der Dermatitis. Beobachtungszeit: 1 Monat.

4 Fälle: WR bei Beginn der Behandlung +++. Behandlung: 1. 5 Hg und 5 Neosalvarsaninjektionen, 2. 25 Hg und 5 Neosalvarsaninjektionen, 3. 1 Schmierkur und 8 Neosalvarsaninjektionen, 4. 6 Wochen geschmiert und 5 Neosalvarsaninjektionen. Beobachtungszeit: 1,2, 2 und 5 Monate.

In allen Fällen handelte es sich um schwere bis mittelschwere Salvarsan- bzw. Quecksilberexantheme. Leichtere Dermatitisfälle hatten nach ihrer Beobachtung weder nach der guten noch nach der schlechten Seite einen Einfluß, sondern waren indifferent.

Noch im selben und im nächsten Jahre wurde die Richtigkeit der Hypothese von BUSCHKE und FREYMANN von verschiedenster Seite nachgeprüft.

BRUCK sagt: „Ich kann nach meinen Erfahrungen der von BUSCHKE und FREYMANN vertretenen Ansicht vollkommen zustimmen." Auch ihm sei seit längerer Zeit der günstige Verlauf der Syphilis nach schweren Dermatitiden aufgefallen. In vier von ihm angeführten Fällen mit anfänglicher positiver WR und mittelschwerer bis schwerer Dermatitis nach einer Behandlung, die in einem Falle 2 g Neosalvarsan und 3 Hg-Injektionen betragen haben mochte, in den übrigen aber noch darunter blieb, konnte während einer Beobachtungsdauer von 2, 4, 11 und 14 Monaten weder ein klinisches noch serologisches Rezidiv festgestellt werden. Ein Fall blieb zwar trotz einer schweren Dermatitis nach einer Behandlung von 4 Salvarsan- und 3 Hg-Infektionen noch seropositiv, wurde aber dann auf eine recht schwache Kur hin (2,25 Neos. und 0,27 Hg) seronegativ und blieb es während einer 9monatigen Beobachtungszeit.

Digitized by Google

LEVI führt 9 Fälle von mittelschwerer Dermatitis nach anfänglich positiver WR an. Davon blieb ein Fall, der mit 0,3 Neos. und 0,25 Hg-Sal. behandelt wurde, serologisch und klinisch positiv, 2 Fälle wurden nach einer Behandlung von 2,5 Altsalvarsan und 0,45 Hg-Sal. bzw. 4,7 Neos. und 0,65 Hg-Sal. und 50 g Kal.-Jod. zwar seronegativ, jedoch stellte sich nach 5 bzw. 10 Monaten in beiden Fällen ein klinisches und serologisches Rezidiv ein. Die übrigen 6 Fälle wurden seronegativ und blieben es während einer Beobachtungszeit von 3, 5, 6, 7 Monaten, 2 und 6 Jahren. In dem Falle mit 6jähriger Rezidivfreiheit bestand die Behandlung aus 2,9 g Altsalvarsan und 0,45 g Hg-Sal. In den übrigen Fällen kamen weit geringere Dosen zur Verwendung.

Auf Grund dieser Krankengeschichten glaubt LEVI im allgemeinen der Ansicht von BUSCHKE und FREYMANN beistimmen zu können, daß der Krankheitsverlauf der Syphilis nach toxischen Exanthemen ein leichterer zu sein scheint.

BRUCK und LEVI betonen, daß es ihnen fernliegt, behaupten zu wollen, daß ihre Fälle mit negativer WR nach einem Salvarsanexanthem geheilt seien. BRUCK kann noch nicht einmal sagen, daß bezüglich des Einflusses der Salvarsanexantheme auf den Verlauf der Lues eine Gesetzmäßigkeit vorliege. Dafür seien ihre Fälle viel zu gering an Zahl und für eine so chronische Krankheit wie die Syphilis zum größten Teile nicht lange genug beobachtet.

Ebenso hat STÜHMER bei aufmerksamer Verfolgung einiger Krankheitsfälle mit Salvarsanexanthemen die Erfahrung gemacht, daß die vorher stark positive WR bei an sich ungenügender Behandlung nach Ablauf der Salvarsandermatitis negativ wurde und in der Folgezeit trotz völligen Aussetzens der Behandlung negativ blieb. Jedoch sei dieses nicht die Regel, fügt STÜHMER hinzu. Eine Beobachtungsdauer seiner Fälle wird nicht angegeben.

GOUGEROT berichtet über 14 Fälle, die durch Abwesenheit klinischer Symptome und negativer WR eine glänzende Bestätigung der Angaben von BUSCHKE und FREYMANN liefern. Bei seiner Kritik der Hypothese von BUSCHKE und FREYMANN geht der Verf. von der falschen Voraussetzung aus, daß BUSCHKE und FREYMANN behauptet hätten, die Syphilis sei durch diese Exantheme geheilt. Er sieht eine Gefahr darin, daß diese Fälle dann nicht weiter behandelt würden.

KYRLES Beobachtungen bezüglich des Einflusses der Salvarsandermatitis auf den Verlauf der Lues decken sich durchaus mit denen von BUSCHKE und FREYMANN. KLAAR berichtet eingehend über die Fälle, auf deren Beobachtung sich KYRLES Beurteilung dieser Frage stützt. 10 Fälle mit seropositiver Lues und einer Behandlung, die in 3 Fällen aus 3 und 3,9 Neosalvarsan, in den übrigen Fällen aus zum Teil bedeutend kleineren Dosen bestand, zeigten nach dem Abklingen einer mittelschweren bis schweren Dermatitis eine negative WR. Während einer Beobachtungszeit, die zwischen 8 und 43 Monaten schwankte (2mal 8, 2mal 10, 17, 20, 2mal 33, 36, 43 Monate), wurden weder klinische noch serologische Rezidive festgestellt. Hingegen traten in 2 Fällen nach einigen Monaten solche auf. In einem Falle zeigte die WR zwar eine günstige Beeinflussung, wurde jedoch nicht völlig negativ.

Das Resultat seiner Beobachtungen faßt KLAAR in die Worte zusammen: „Die günstige Beeinflussung der Lues durch eine im Verlauf antiluischer Behandlung eingetretene fieberhafte Dermatitis ist somit die Regel; von dieser Regel gibt es mitunter Ausnahmen."

Die Beobachtungen von BIRNBAUM stehen in einem gewissen Gegensatze zu denen von BUSCHKE und FREYMANN. BIRNBAUM berichtet über 7 Fälle mit schwerer Salvarsan- bzw. Quecksilberdermatitis. Davon blieben 2 Fälle bei längerer Beobachtungszeit frei von Rückfällen der Syphilis. Von diesen beiden Fällen war einer eine Primärsyphilis mit einmaliger kurzer positiver Schwankung der WR; die Behandlung bestand aus 1,2 g Silbersalvarsan und 0,15 g Sulfoxylatsalvarsan, die Beobachtungsdauer betrug $2\frac{1}{2}$ Jahre. Der zweite dieser beiden Fälle war eine frische Allgemeinsyphilis mit positiver WR, die noch vor dem Auftreten der Dermatitis nach 1,0 g Silbersalvarsan und 1,5 g Sulfoxylatsalvarsan negativ wurde und es ohne weitere Behandlung während einer Beobachtungszeit von 17 Monaten blieb. In allen anderen 5 Fällen von seropositiver Lues trat nach Ablauf oder noch während des Bestehens der Dermatitis ein Rückfall der Syphilis auf, wobei in 2 Fällen die WR noch vor Ausbruch der Dermatitis nach 2,0 Silbersalvarsan bzw. 1,2 g Silbersalvarsan und 1,3 g Sulfoxylatsalvarsan negativ geworden sei. Bei einem Falle

Digitized by Google

verschwand das Serorezidiv allerdings sehr rasch auf eine kleine Dosis Salvarsan und kräftige Jodkaligaben. In einem Falle trat ein Neurorezidiv auf, wobei die WR im Blute negativ, im Liquor positiv war.

Birnbaum kommt auf Grund dieser Beobachtung zu der Auffassung, daß der von Buschke und Freymann angenommene günstige Einfluß der Salvarsanexantheme auf den Verlauf der Lues „keineswegs die Regel darstellt, daß vielmehr auch nach schweren Salvarsanexanthemen nicht nur mit serologischen, sondern auch mit klinischen Rückfällen an Haut und Zentralnervensystem zu rechnen ist, und daß selbst schwerste Salvarsanexantheme gelegentlich keinerlei Einfluß auf den Verlauf der Syphilis haben".

Kuznitzky und Langner führen 8 Fälle seropositiver Lues mit mittelschwerer bis schwerer Dermatitis nach einer Behandlung, die zwischen 2,5 und 3,2 g Neosalvarsan schwankte, an, bei welchen die WR negativ wurde und es während einer Beobachtungszeit von 1 (zweimal), 2½, 5, 9, 12, 18 und 29 Monaten blieb. Jedoch scheiden vier von diesen Fällen aus der Beurteilung aus, da sie zwar nach den Exanthemen seronegativ wurden, aber weiterbehandelt wurden. Fünf mittelschwere Fälle wurden spontan wieder positiv. Ein Fall wurde nach Abklingen des Exanthems zwar negativ, aber trotz weiterer Behandlung später wieder positiv. 4 Fälle mit leichten Exanthemen nach kleineren Dosen Neosalvarsan (0,45 bis 1,2 g) blieben seropositiv. Kuznitzky und Langner schließen daraus, daß bei mittelschweren und schweren Exanthemen die positive WR negativ werden kann. Da sich jedoch die Beobachtungszeit nur in einem Falle über eine längere Zeit (etwa 2½ Jahre) erstreckt habe und auch diese ihres Erachtens noch nicht genügend lange sei, ließe sich noch nicht mit Bestimmtheit sagen, ob die Einwirkung der Salvarsanexantheme eine dauernde sei. Andererseits heben sie hervor, daß bereits negativ gewordene Fälle trotz des Salvarsanexanthems wieder positiv werden können, und daß manchmal erst die weitere antiluische Behandlung zu einem Definitivum führt, mit anderen Worten, daß der heilsame Einfluß des Exanthems allein, selbst wenn es intensiv ist, nicht ausreicht. Bei leichten Exanthemen haben auch sie keinen Einfluß auf die WR feststellen können.

Stümpke berichtet über 11 Fälle mit mehr oder weniger schweren toxischen Veränderungen am Hautorgan. Davon bekamen 7 Fälle seropositiver Lues nach 3 (4mal), 6, 8 und 9 Monaten ein klinisches oder serologisches Rezidiv. 3 Fälle seropositiver Sekundärlues und 1 Fall seronegativer Primärlues werden nach dem Abklingen der Dermatitis negativ und blieben es während einer Beobachtungszeit von 2, 4, 5 und 5½ Monaten. Die durchgemachten Kuren waren jedoch bei den rezidivfreien Fällen leidlich vollständig ausgefallen, in 2 Fällen sogar recht intensiv. Andererseits waren die Fälle mit Rezidiven mehr oder weniger unvollständig behandelt worden, oder die Behandlung hatte sich wegen der Störungen seitens der Haut über eine außergewöhnlich lange Zeit hingezogen. Stümpke läßt die Frage unentschieden, ob die überstandene Dermatitis den Verlauf der Lues beeinflußt hat. Nach seiner Ansicht sind wir jedenfalls noch nicht so weit, aus dem Vorkommen der Hautschädigungen im Verlaufe einer Lueskur ohne weiteres eine günstige Prognose quoad Metalues usw. zu stellen.

Benveniste schließt aus seinen Beobachtungen, daß der Beweis nicht geliefert ist, daß die Salvarsanexantheme den Verlauf der Lues günstig beeinflussen. Ebenso haben Collny und Silvester einen günstigen Einfluß der Salvarsandermatitis nicht feststellen können, da in ihren Fällen die WR schnell wieder positiv wurde.

Kleinschmidt berichtet über 19 Fälle von Syphilitikern mit seropositiver Reaktion bzw. spezifischen Haut- oder Schleimhauterscheinungen, die schwere toxische Exantheme überstanden haben. 7 Patienten wiesen zwar nach Ablauf der Dermatitis eine negative Serumreaktion auf, jedoch möchte Kleinschmidt dieses Ergebnis der spezifischen Behandlung zuschreiben, die aus mindestens 6 Salv.- und der doppelten Anzahl Hg-Injektionen bestand. Bei zwei weiteren Fällen, die ebenfalls ausreichend behandelt worden waren, trat nach 4 bzw. 6 Monaten ein serologisches Rezidiv auf. Bei den übrigen 10 Patienten blieb die WR trotz sehr heftiger universeller Dermatitis mit sekundärer Furunkulosis, Pyodermien, Haut- und Schweißdrüsenabszessen negativ. 7 von diesen 10 Patienten haben dabei eine ausreichende kombinierte Kur durchgemacht, so daß man auch ohne Dermatitis nach Abschluß der Kur mit einer negativen Serumreaktion hätte rechnen können. Klein-

Digitized by Google

SCHMIDT kommt daher auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Schluß, daß Syphilisfälle mit Arzneiexanthemen nicht anders verlaufen als Syphilisfälle ohne solche.

In einer Entgegnung auf die Veröffentlichung KLEINSCHMIDTs findet es BUSCHKE bemerkenswert, daß KLEINSCHMIDT im Gegensatz zu allen bisherigen Berichterstattern auch nicht einen Fall beobachtet habe, der einen günstigen Einfluß der Salvarsandermatitis auf den Verlauf der Lues eventuell vermuten ließe. Ein noch auffallenderes Ergebnis zeigt für BUSCHKE die KLEINSCHMIDTsche Arbeit in der Tatsache, daß 7 Fälle frischer Lues trotz ausreichender Behandlung und schweren toxischen Exanthemen seropositiv geblieben sind. BUSCHKE stellt daher die Frage, ob es nicht möglich sei, daß in Analogie zu den Untersuchungen von HUGO SCHULZ über die in kleinen Dosen stimulierende, in großen Dosen tötende Wirkung des Sublimats auf Mikroorganismen, ferner zu der heilenden und verschlechternden provozierenden Wirkung des Salvarsans bei Syphilis, bei Malaria „die toxischen Exantheme in diesen Fällen direkt verschlechternd auf den Ablauf der Syphilis gewirkt, daß sie die Vollwirkung der therapeutischen Maßnahmen verhindert hätten". Er selbst sei geneigt anzunehmen, daß die Salvarsandermatitis nicht nur günstig, sondern auch verschlechternd auf den Verlauf der Lues wirken kann, daß sie schließlich noch indifferent bleiben kann, da es ja bekannt sei, daß „biologische Wirkungen therapeutischer Faktoren im Organismus unter bestimmten Bedingungen ganz entgegengesetzte Effekte haben".

LESSER übt an der bisherigen Fragestellung zu dem Problem des Einflusses toxischer Exantheme auf den Verlauf der Lues Kritik. Nach LESSER handelt es sich um eine statistisch zu lösende Vergleichsfrage, ob Luesfälle mit Arzneiexanthemen anders verlaufen als Luesfälle ohne solche, da es durchaus nichts Ungewöhnliches sei, daß Luiker nach einer unzureichenden Salvarsan-Quecksilberkur zuweilen längere Zeit klinisch und serologisch rezidivfrei blieben. Um nun eine einwandfreie Statistik zu erhalten, hält er es für erforderlich, nicht von den Patienten mit Arzneiexanthemen, sondern von den Syphilitikern auszugehen und nachzuforschen, ob Luiker bei gleicher antiluischer Behandlung und gleichlanger Beobachtungszeit häufiger von klinischen und serologischen Rezidiven verschont bleiben, wenn sie schwere Exantheme durchgemacht haben.

Die Ursache für die Beeinflussung der Syphilis durch eine im Verlaufe der antiluischen Kur aufgetretene Dermatitis erblicken BUSCHKE und FREYMANN, denen sich BRUCK anschließt, in der Dermatitis selbst, durch welche die Haut zur „Anspannung ihrer ganzen vitalen Energie" gezwungen würde. Sie gehen dabei aus von der KROMAYER-JADASSOHNschen Auffassung, nach der der Papillarkörper samt dem Epithel das Hautparenchym bildet, das dem Parenchym der inneren Organe vergleichbar ist, damit also vielleicht Sitz einer spezifischen, innersekretorischen Hautfunktion ist. Auch STÜHMER hält es für möglich, daß durch die universelle Dermatitis das gesamte Hautorgan in so starkem Maße zur Produktion von Schutzstoffen angehalten wird, daß dadurch der Krankheitsprozeß günstig beeinflußt wird.

Die Vermutung, daß die Haut ein Organ von höchster Bedeutung für die innere Sekretion sei, hat schon KREIDL ausgesprochen.

BLOCH bezeichnet in einer akademischen Antrittsvorlesung über „Stoffwechsel- und Immunitätsprobleme in der Dermatologie" als das Hauptverdienst HEBRAs und seiner Schule die Begründung der Hautkrankheiten auf exakter pathologisch-anatomischer und ätiologischer Basis, der die Dermatologie die größten theoretischen und praktischen Fortschritte zu verdanken habe, und die erst das Fach zu einer exakten Wissenschaft gemacht habe. Aber die unleugbaren Korrelationen, die zwischen Hautleiden und Allgemeinleiden bestehen und die den früheren Klinikern selbstverständlich waren, blieben bestehen und wurden auch von Forschern, wie BAZIN, BESNIER und BROQ, immer wieder hervorgehoben. Aber erst die neuere Richtung geht im Gegensatze zur pathologisch-anatomischen und bakteriologischen Ära entschiedener darauf hinaus, das Bewußtsein von der notwendigen und gesetzmäßigen Korrelation zwischen Haut und inneren Organen wieder herzustellen. Dabei müssen wir aber von einer „Renaissance der Humeralpathologie" verlangen, daß sie uns „den Mechanismus der Korrelation erfassen und die Wege ins einzelne verfolgen läßt, auf denen der biologische Zusammenhang zustande kommt" (BLOCH). Auf Grund von Ergebnissen der neueren Forschung über die Umstimmung oder

Digitized by Google

Allergie der Haut bei Trichophytie, Tuberkulose und Lues kommt BLOCH zu dem Schluß, daß die Haut eine „bis jetzt nicht genügend gewürdigte biologisch wichtige Funktion besitzt, durch welche die lebenswichtigen inneren Organe vor den Krankheitskeimen bewahrt werden oder doch nur den Kampf mit einem relativ kleinen und geschwächten Teil derselben aufzunehmen haben."

Die Ausführungen BLOCHS decken sich mit der Auffassung ERICH HOFFMANNS, der ebenfalls von einer bedeutsamen Schutzfunktion der Haut für die inneren Organe spricht. HOFFMANN sucht seine Hypothese von der „Esophylaxie" der Haut durch mehrfache Gründe zu stützen: Die besondere und wesentliche Anteilnahme der Haut bei vielen Infektionskrankheiten weise gerade darauf hin, daß die Haut bei der Überwindung dieser Krankheitsgifte eine wichtige Aufgabe zu erfüllen habe. Die Haut sei gewissermaßen das Grab der Parasiten. Die Frage, ob es sich dabei um eine innere Sekretion der Epidermiszellen oder um eine Fähigkeit des an Gefäßen und adventitiellen Zellen reichen Papillarkörpers, mit Abwehrentzündung und schneller Ansammlung von Phagozyten zu reagieren, handelt, läßt HOFFMANN offen. Aber die gewaltige Masse vollsaftiger Epithelien im Rete Malpighi und seinen Anhangsgebilden habe gewiß in erster Linie andere Aufgaben als die Bildung und Regeneration der Horndecke, der Talg- und Schweißabsonderung. Dabei habe sich nach BLOCH die Haut dem Kampfe gegen eingedrungene Mikroorganismen allmählich angepaßt, und zwar nicht nur ontogenetisch, sondern auch phylogenetisch, da die Haut Erwachsener besser als die Neugeborener und die menschliche viel feiner und prompter als die tierische reagiere. Diese Funktion vermöge nun nicht nur die Haut selbst, sondern auch die inneren Organe bis zu einem gewissen Grade vor Krankheitskeimen und deren Giften zu bewahren. Man könne also sowohl von einer exophylaktischen als auch von einer esophylaktischen Wirkung der Haut sprechen. Der Umstand, daß durch eine allergische Therapie, wobei nach Untersuchungen BLOCHS durch Transplantationen die Umstimmung bei der Trichophytie eine histiogene sei, auch fern gelegene Herde reagierten und zum Rückgang gebracht werden könnten, lege die Deutung nahe, daß in der Haut, und zwar in dem epidermoidalen Teil, Schutzstoffe gebildet würden, die in den Blutkreislauf übergingen und auch die inneren Organe beeinflussen könnten. Ebenso sei die Annahme der Anregung der Epidermis zu einer Art innerer Sekretion die beste Erklärung für die unverkennbare Einwirkung allgemeiner und teilweiser Lichtbäder auf den Gesamtorganismus und auf entfernte, vor direkter Bestrahlung geschützte Krankheitsherde und für die Tatsache der Sensibilisation lokaler tuberkulöser Hautherde für örtliche Kompressionsbelichtung und Röntgenbestrahlung durch allgemeine Lichtbäder. Denn den wirksamen, kurzwelligen Strahlen könne wegen ihrer geringen Penetrationsfähigkeit wohl nicht so leicht eine direkte Wirkung zugesprochen werden. Endlich spräche für die Annahme einer nach innen gerichteten Schutzfunktion der Haut die Erfahrung, daß bei ausgedehnterer Erkrankung der Haut an tertiärer Lues und Lupus vulgaris die inneren Organe so oft freibleiben, daß das Zusammentreffen von Tabes und Paralyse mit tertiären Hautsyphiliden so ungemein selten sei und daß Tabiker und Paralytiker im Frühstadium ihrer Lues häufig nur an geringen Hauterscheinungen gelitten hätten. Dieses Verhalten spräche dafür, daß infolge der mangelnden Hautreaktion immunisierende Substanzen nicht in genügender Menge produziert worden seien, um den nervösen Organen ausreichenden Schutz zu gewähren oder eine eingetretene Erkrankung zu überwinden.

Aus allen diesen Gründen glaubt HOFFMANN, eine biologische Schutzfunktion der Haut annehmen zu können, die er als Esophylaxie bezeichnet. Er betont zwar, daß es sich nur um eine Hypothese handele, glaubt aber, daß dieselbe jedenfalls heuristischen Wert besäße und schon deshalb nützlich sei.

Alle diese Beobachtungen nun bestärken BUSCHKE und FREYMANN in der Annahme, „daß auch für die Lues die Vorgänge in der Haut von höchster Bedeutung sein müssen, daß auch gegen die Syphilis die Abwehrkräfte wenigstens zum Teil in der Haut bereitet werden." In der Würdigung dieses Gesichtspunktes nun glauben sie kaum fehlzugehen, wenn sie der Salvarsandermatitis einen Einfluß auf den Ablauf der Lues zuschreiben.

Da das Erythem als eine rein vaskuläre Affektion der Haut ohne Einfluß auf den Verlauf der Lues bleibt, während das Exanthem, welches das Epithel der Epidermis weitgehend in Mitleidenschaft zieht, anscheinend Einfluß gewinnt, glaubt LEVI schließen zu dürfen, daß „gerade die Vorgänge im Hautepithel als in einem

Digitized by Google

chemisch, histologisch und funktionell spezifischen Gewebe geeignet sind, weitgehenden Einfluß auf den Organismus zu gewinnen." Eine Stütze für diese Auffassung sieht er in den Beobachtungen von NATHAN über das Verhalten des Blutbildes bei toxischen Exanthemen. NATHAN stellte nämlich fest, daß bei einem Erythem, also einer vaskulären Alteration der Haut, die Leukozyten ihre Gesamtzahl und prozentuale Zusammensetzung beibehalten, während bei der Dermatitis, einer epithelialen Alteration der Haut, im Eruptionsstadium im allgemeinen eine Leukopenie vorherrscht, mit der weiteren Entwicklung des Exanthems die Leukozytenzahl auf erhöhte Werte ansteigt, um erst allmählich nach Abklingen des Exanthems zur Norm zurückzukehren, wobei frühzeitig eine lange Zeit bestehen bleibende Eosinophilie auftritt, die sich direkt proportional zur In- und Extensivität der Dermatitis verhält, ebenso wie der Verlauf der Lues proportional zu Grad, Ausdehnung und Dauer der Dermatitis beeinflußt zu werden scheint. Auch GOLAY und SILVESTRE halten die Blutveränderungen für bemerkenswert. Sie haben in den Blutbildern ihrer Fälle bis zu 40% eosinophile Leukozyten festgestellt.

Diese Tatsachen sprechen für LEVI mit großer Wahrscheinlichkeit dafür, daß die Alteration des Hautepithels die ausschlaggebende Rolle spielt, wobei er die Frage offen läßt, ob es sich dabei um qualitativ und quantitativ veränderte innersekretorische Produkte oder um einen Eiweißzerfall handelt.

Demgegenüber weist KLEINSCHMIDT hin auf eine Anzahl von Hauterkrankungen, wie universelle nässende Ekzeme, generalisierte Psoriasis, ausgedehnte Dermatitis herpetiformis Duhring, intensive Pyodermien usw., bei denen sowohl das histologische Bild der Haut als auch das Blutbild ähnlich ist wie bei den toxischen Dermatitiden. Bei einer Reihe derartig Erkrankter nun konnte er eine Syphilis feststellen, ohne daß nach Abklingen der Hauterkrankung eine Veränderung der Serumreaktion eingetreten wäre.

Gegen die Auffassung BUSCHKEs und FREYMANNs sowie LEVIs von einer durch ein Exanthem hervorgerufenen Leistungssteigerung des Hautparenchyms wenden sich ferner LESSER und BIRNBAUM. Ihrer Meinung nach, der sich auch KYRLE und KLAAR anschließen, erscheint das so schwer geschädigte Hautorgan kaum geeignet, im Sinne erhöhter Leistungsfähigkeit zu funktionieren. Vielmehr scheinen ihnen die starke Gewichtsabnahme, die hartnäckigen und langwierigen eitrigen Prozesse, die sich oft im Anschluß an eine schwere Salvarsandermatitis an der Haut entwickeln, mehr für eine herabgesetzte Widerstandsfähigkeit zu sprechen und nicht für eine Steigerung der natürlichen unspezifischen und spezifischen Schutzkräfte.

LESSER nennt die HOFFMANNsche Esophylaxie eine „geistreiche, aber bisher in nichts erwiesene und ganz überflüssige Hypothese", denn alle für das Bestehen einer Esophylaxie angeführten Argumente ließen sich ganz natürlich und ungezwungen auch anders erklären. Die häufig wiederholte Ansicht, daß Syphilitiker mit intensiven Hauterscheinungen weit seltener an Tabes und Paralyse erkrankten als Syphilitiker mit wenig Hauterscheinungen, möchte er dadurch erklären, daß wir an der Haut und den Schleimhäuten die Ausschläge in der Frühperiode sehen könnten, während sie an den inneren Organen einschließlich Zentralnervensystem latent verliefen. Daß sie jedoch an den letzteren vorhanden seien, bewiese der fast regelmäßig positive Liquorbefund in der Eruptionszeit. Ein Organismus nun, der mit kräftigen Abwehrerscheinungen an der Haut reagiere, weise solche auch an den inneren Organen auf. Bei geringen Hautsymptomen andererseits müßten auch geringe Symptome im Innern und daher auch schwächere Immunität angenommen werden, woraus seltenere Ausheilung, häufigere Spätformen resultierten.

Auch KLEINSCHMIDT kommt auf Grund einer Untersuchung von 19 Lumbalpunktierten, annähernd gleichen Fällen mit schweren, ausgedehnten sekundären Hauterscheinungen, deren Infektion ungefähr 3 Monate zurücklag, und die bis zum Tage der Lumbalpunktion völlig unbehandelt geblieben waren, mit dem Ergebnis, daß 9 Patienten einen pathologischen Liquor hatten, während 10 liquorgesund waren, zu dem Schluß, „daß auch die Fälle mit ausgesprochenen Hauterscheinungen nicht einheitlich verlaufen, daß sie die inneren Organe nicht entgiften, daß ein Antagonismus zwischen Hauterkrankung und Erkrankung von inneren Organen nicht besteht, daß man auch aus ausgedehnten spezifischen Hauterscheinungen keinen allgemein gültigen Schluß auf den günstigen oder ungünstigen Ablauf der Lues ziehen darf."

Digitized by Google

Die Möglichkeit, daß das Salvarsan oder Quecksilber als solches bei bestehender toxischer Dermatose den leichteren Verlauf der Lues nicht bedingt, ist nach BUSCHKE und FREYMANN nicht von der Hand zu weisen. LEVI möchte in diesen Fällen eine solche Einwirkung des Medikamentes selbst nicht annehmen, da die Dosen in den angeführten Fällen viel zu gering seien, um eine Besserung herbeizuführen, vielmehr nach den heutigen Anschauungen eher eine Provokation als eine Besserung bewirken müßten. Ausgehend von der JADASSOHNschen Auffassung vom Zustandekommen eines Arzneiexanthems durch „funktionelle" oder „stoffliche Kumulation" des Mittels, glaubt demgegenüber BIRNBAUM, nach dessen Beobachtungen gerade die schweren Salvarsanexantheme fast durchweg erst nach mehreren Einspritzungen auftraten, also erst nach dem Eintreten einer stofflichen Kumulation im Körper, daß infolge der sehr starken Reaktionen des Körpers, wofür diejenige der Haut nur das auffälligste Symptom darbietet, es zu einer viel kräftigeren Durchtränkung aller Gewebe mit den im Körper angehäuften Mitteln kommt als sonst. Dieser Umstand scheint ihm für den beobachteten günstigen Verlauf der Lues in solchen Fällen von Bedeutung.

LESSER regt eine andere Möglichkeit der Erklärung der Beeinflussung der Lues durch eine Dermatitis an: Da gerade die toxischen Exantheme meist mit hohem Fieber beginnen, so sei vielleicht diese Temperaturerhöhung von günstigem Einfluß auf einen abgekürzten Verlauf der Lues entsprechend den akuten Infektionskrankheiten wie Masern und Scharlach, und die Chronizität der Syphilis sei durch ihren meist fieberlosen Verlauf bedingt.

BIRNBAUM weist auf die Versuche von WEICHBROD und JAHNEL hin, die durch das Experiment den Beweis dafür erbracht haben, daß bei Kaninchen hohe, durch Überhitzung erreichte Körpertemperaturen die Spirochäten zum Verschwinden und die Skrotumsyphilis des Kaninchens zur Heilung zu bringen vermögen. Eine ausschlaggebende Rolle möchte aber BIRNBAUM dem Fieber nicht zuerkennen, zumal die Körperwärme bei den Exanthemen nie die im Tierversuch nötige Höhe erreicht.

(Schluß folgt.)

Über eine neue Anordnung der Syphilisbehandlung[1]).

Von

Dr. PAUL VON DER PORTEN in Hamburg.

Leider ist es uns nicht möglich, in einer Großstadt die Syphilis so systematisch zu bekämpfen, wie es seinerzeit die kaiserlich österreichische Regierung in ihren Balkanländern tat. Aber wir können schon zufrieden sein, wenn sich als Resultat der gemeinsamen Bemühungen in allen Ländern ein wesentliches Herabgehen der Syphilisfälle zeigt.

Meine vermeintlich guten Resultate glaube ich dadurch erzielt zu haben, daß ich von einer intermittierenden Kur abgegangen bin und zu einer kontinuierlichen Kur überging.

Im Jahre 1919, und zwar Mitte Juli, kam ein Ehepaar mit einer außerordentlich renitenten, frischen Syphilis in meine Behandlung. Besonders hartnäckige Erscheinungen am After zwangen mich, die Kur bei beiden bis Mitte November ununterbrochen fortzusetzen, also 4 Monate. Zu meinem Erstaunen wurde diese langwierige Kur sehr gut vertragen. Die Patienten nahmen beide nach Beendigung der Kur stark zu, haben bis heute keinerlei Erscheinungen gehabt und haben dauernd einen negativen Wassermann.

Damals überlegte ich mir, daß die intermittierende Kur nur Berechtigung hätte, wenn eine kontinuierliche Kur nicht vertragen wird. Die intermittierende Kur macht es mit der Syphilis wie die Katze mit der Maus: man fängt die Spirochäten ein und schädigt sie, läßt ihnen dann wieder Zeit, sich zu erholen, schädigt sie wieder mit einer neuen Kur, um ihnen nach einigen Wochen wieder Schonzeit zu geben. Von

[1]) Im Rahmen einer Diskussion im Hamb. Ärztl. Verein. Juni 1925.

Digitized by Google

diesen Gedankengängen aus behandle ich seit 1919 alle frischen Syphilisfälle mit viermonatlichen Kuren, und zwar ist der Erfolg ein ganz ausgezeichneter.

Nun erschien dreiviertel Jahre, nachdem ich zur kontinuierlichen Behandlung mich entschlossen hatte, in der Dermatologischen Wochenschrift, 1920, Bd. 71, S. 763 bis 768 eine Arbeit von ALMKVIST über Versuche mit ununterbrochener intensiver Behandlung der Syphilis.

ALMKVIST machte darauf aufmerksam, daß schon PHILIPPE RICORD im Jahre 1838 einen Behandlungsplan aufgestellt hat, nach dem er die Syphilis während 6 Monaten mit täglichen Quecksilberdosen per os, anfangs kleinen, dann steigenden, behandelte. Sein Schüler FOURNIER verließ diese Methode wieder, weil sich der Patient an das Quecksilber gewöhne. Nun meint ALMKVIST, daß durch die Einführung des Salvarsans die Möglichkeit einer kontinuierlichen Syphilisbehandlung mit der Intensität einer gewöhnlichen Kur ohne die Gefahr der Gewöhnung und Vergiftung gegeben sei, und zwar durch eine Reihe abwechselnder und unmittelbar nacheinander folgender Salvarsan- und Quecksilberkuren. Da er selbst die gleichzeitige Verabreichung von Salvarsan und Quecksilber für gefährlicher hält, so gibt er zwei Vorschriften, 1. Salvarsan und Quecksilber nicht gleichzeitig zu geben, und 2. keine solchen Quecksilberpräparate zu verwenden, welche lange im Körper bleiben.

Die kontinuierlichen Kuren, von denen er 1920 spricht, beziehen sich auf 42 Fälle. Die Salvarsanperioden schwanken zwischen 30 und 45 Tagen, die Quecksilberperioden zwischen 30 und 45 Tagen. Die Kuren selbst zwischen 4 und 12 Monaten. In einem Brief vom 25. Mai dieses Jahres teilt er mir mit, daß er und Dr. ÅHMANN in Gotenburg mit der kontinuierlichen Kur außerordentlich zufrieden sind, daß sie die Behandlungsdauer jetzt bis zu 17 Monaten ausdehnen, und manchmal mit den drei Mitteln, Salvarsan, Bi und Hg wechseln.

Mir scheint aus den Mitteilungen des Herrn Prof. ALMKVIST hervorzugehen, daß er sich hauptsächlich auf nicht frische Syphilisfälle bezieht; besonders will er zwei Gebiete prüfen, nämlich die Wirkung der kontinuierlichen Behandlung bei schwangeren Frauen und bei der sogenannten Metasyphilis. Auch ich habe mit kontinuierlichen Kuren bei älteren Fällen gute Erfahrungen gemacht.

Bei meinen Fällen handelt es sich aber mehr um die frischen Infektionen, von denen man, glaube ich, behaupten kann, daß sie mit einer viermonatlichen kombinierten Kur von Quecksilber und Salvarsan so ziemlich alle geheilt werden.

Ich beginne die Kur mit einer starken Salvarsaninjektion, bei Männern Dos. V oder sogar VI, bei Frauen mit Dos. IV; mit einem Tage Zwischenpause folgt dann eine weitere Salvarsaninjektion von Dos. IV, nur bei schwächlichen Frauen Dos. III.

Nach drei Tagen injiziere ich Hg-Sal. und dann Salvarsan und Quecksilber abwechselnd. Da ich Hg-Sal. für zu schwach halte, Schmierkuren bei ambulanten Behandlungen nicht gut ausgeführt werden, Kalomel seit dem Kriege nicht mehr vertragen wird, und graues Öl auf die Dauer zu gefährlich ist, injiziere ich zur Erhöhung der Hg-Wirkung monatlich einmal Merzinol, und zwar 7 Teilstriche der ZIELERschen Spritze.

Wenn auch die Resultate der Wassermannschen Reaktion zugunsten meiner kontinuierlichen Behandlung sprechen, so ist mein Material doch zu klein, als daß hieraus unbedingt gültige Schlüsse gezogen werden könnten. Es wäre aber wohl im Interesse der Syphilisbekämpfung wünschenswert, wenn diese Methode an einem großen Material erprobt würde.

Buccotean.

Von

Dr. PETER NATHAN in Halberstadt.

Die Veröffentlichung von HORWITZ (D. m. W., Nr. 20, 1925) über seine Erfahrungen mit Buccotean, dessen genaue Analyse und Indikationsgebiet zuerst von KARO (M. Kl., Nr. 44, 1924 und Fortschr. d. Medizin, Nr. 7, 1925) publiziert wurden, veranlaßt mich, meine eigenen Erfahrungen mit dem Mittel kurz mitzuteilen, um so mehr, als sie die bisher über Buccotean veröffentlichten Mitteilungen nicht nur bestätigen, sondern in manchen Punkten erweitern.

Digitized by Google

Theoretisch war anzunehmen, daß Buccotean (Hersteller: Chem. Fabrik Dr. Laboschin, Akt.-Ges., Berlin NW 21) einen ganz besonderen Tee darstellt, da er nicht allein aus diuretischen, sondern auch aus stark kieselsäurehaltigen Kräutern besteht, die überdies mit hochwertigen chemischen Bestandteilen, nämlich Hexamethylentetramin und Benzoesäure imprägniert sind. Durch diese letzten Komponenten gewinnt das Mittel die Bedeutung einer wichtigen Arzenei, und möchte ich zunächst einiges über die Analyse von Buccotean mitteilen.

Die therapeutisch wichtigsten vegetabilen Bestandteile des Buccoteans sind ein Gemisch aus vorwiegend:

Herba Herniaria, das nach TAPPEINER die Bildung von Nierensand verhindern soll und als Antiblennorrhoikum sich in der alten Medizin sehr erprobt hat, ebenso Fol. Bucco, ferner Radix Ononidis und Bulbus scillae, die als Diuretikum und Herzmittel wirken, dann u. a. Herba Equiseti, welches als besonders kieselsäurehaltig bekannt ist. Dieser Kieselsäure-Anteil bedeutet eine spezifische Anregung der weißen Blutkörper und veranlaßt eine Abwehrreaktion des Körpers gegenüber entzündlichen Prozessen, wie von anderer Seite schon bei der Bekämpfung der Tuberkulose mit Erfolg erprobt worden ist. Stets ist eine Erhöhung der Leukozytenzahl nach Kieselsäure-Zufuhr festgestellt worden. Die soeben charakterisierten Komponenten des Buccoteans, denen noch andere als wirksam bekannte diuretisch wirkende Drogen beigefügt sind, erhalten nun aber durch die Imprägnierung mit Natriumbenzoat und Hexamethylentetramin einen neuen Heilfaktor, dessen Wirksamkeit gewissermaßen in einer Austrocknung der Gewebe besteht, ähnlich wie bei der Salizylsäure, doch ohne wie bei dieser den Kreislauf zu beeinflussen. Aus dem Hexamethylentetramin entsteht Formaldehyd in den Geweben und ergänzt dieser Bestandteil den eben charakterisierten Benzoekomplex. Die Erwartungen mit Buccotean entsprechen den auf Grund theoretischer Erwägungen gehegten Erwartungen, und hier ist das Wichtigste gegenüber anderen diuretischen Mitteln, daß Buccotean außerordentlich gut verträglich ist. Selbst bei längerer Dauer habe ich nie irgend welche Darmstörungen beobachtet, wahrscheinlich weil die in den anderen Harnmitteln vorhandene Salol-Komponente in diesem Mittel fehlt. Die leichte Zuführung per os ermöglicht infolgedessen eine intensive Kur, so daß die Patienten monatelang den Tee trinken, ohne irgendwelche Beschwerden zu haben.

Über die physiologische Wirkung des Buccoteans wird auf Grund genauer Stoffwechsel-Untersuchungen (Reststickstoff im Urin und Blut, Respirations-Koeffizient vor und nach der Einnahme des Tees usw.), die zurzeit noch im Gange sind, von anderer Seite ausführlich berichtet werden.

Durch die Kieselsäure und das Natriumbenzoat ist Buccotean ein spezifisch antientzündliches Mittel, das den Herd direkt angreift und die Kräfte des Körpers durch eine Leukozytose gegen die Noxe anregt. Der physikalisch-kolloidale Einfluß des Natriumbenzoats vermag in den Geweben den Turgor krankhaft entzündeter Organe zu beeinflussen, hieraus erklärt sich die Abnahme der Albuminurie nach Buccotean-Kur, die ich in meiner Praxis oft erstaunlich rasch konstatieren konnte. Sekretionsauslösend auf die Tubuli contorti wirkt Herba Herniaria, Radix Ononidis und Herba Equiseti. Den Filtrationsprozeß der Glomeruli fördert Bulbus scillae. Wir haben es bei Buccotean mit einem Sterilisans zu tun, das die Ursache des Leidens direkt angreift, ohne durch Kumulation etwa schädlich für den Körper zu wirken, worin gerade sein hoher therapeutischer Wert liegt.

Meine Erfahrungen mit Buccotean betreffen:

1. Krankheiten des Urogenitalsystems, und zwar besonders akute Entzündungen des Nierenbeckens und der Blase, der mannigfaltigsten Ätiologie, Nephritiden und Nephrosen; hier läßt sich oft in kurzer Zeit eine Herabsetzung des Eiweiß und der Ödeme erzielen.

In Fällen von Nephrolithiasis lassen unter Buccotean-Medikation die Koliken sehr häufig plötzlich nach und der Urin klärt sich. Kleinere Konkremente und Harngries werden in kürzester Zeit unter Buccotean-Therapie ausgeschieden.

2. Gynäkologische Erkrankungen: Parametritiden im akutem Zustande, dysmenorrhoische Beschwerden, puerperale Cystitiden; bei chronisch gewordenen Prozessen verbinde ich die Buccotean-Therapie mit parenteralen Olyptol-Einspritzungen, einem Terpentin-Präparat, das, ohne Allgemeinerscheinungen auszulösen, in kurzer Zeit die entzündlichen Exsudate beseitigt. Nie habe ich fieberhafte Steigerung der Temperatur nach gleichzeitiger Verabfolgung von Buccotean und Olyptol beobachtet. Die Pat. verloren sehr bald ihre Schmerzen und erholten sich auffallend rasch.

Digitized by Google

3. Fälle von Gonorrhoe der verschiedensten Stadien. Hier wurde Buccotean als Adjuvans der lokalen Silber-Therapie verwendet, bei weiblicher Gonorrhoe in Form des Metrikols, welche an Wirksamkeit die sonst gebräuchlichen Spülungen oder Trockenbehandlung bei weitem übertreffen.

Am wirksamsten ist Buccotean bei Erkrankungen des Nierenbeckens und der Blase, denn durch die prompte Anregung des Diurese erzielen wir eine physiolgische Ausspülung, die fast stets jede lokale Therapie überflüssig macht.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Journal d'Urologie.

1925, Bd. 19, Nr. 5.

Rétrécissements infranchissables de l'urètre, résection du bloc inflammatoire par la méthode d'Albarran-Heitz-Boyer; à propos de l'article de M. Jungano, J. d'Urologie, 1925, Nr. 3 (Impermeable Harnröhrenstrikturen, Resektion der entzündlichen Sperre nach der Methode Albarran-Heitz-Boyer. Zum Artikel von Jungano), von P. Bazy. S. 377. Hinweis auf eine Arbeit Horteloups aus dem Jahre 1882: Demonstration eines Harnröhrenstückes, mittels Urethrotomia externa im Oktober 1878 gewonnen. Horteloup selber hat sich dabei schon auf Reybard bezogen. Man solle den früheren Chirurgen Gerechtigkeit widerfahren lassen.

Etude sur le diagnostic du gonococcisme latent (Studie über die Diagnostik der latenten Blennorrhoe), von Noguès und Durupt. S. 379. Für die Feststellung der Heilung einer Blennorrhoe ist eine Kultur lebenden Spermas erforderlich. Die Kultur kann vor einer Miktion angelegt werden, wobei die Keime der Urethra mitgezüchtet werden, oder nach der Morgenmiktion, wobei eine Kultur des Zentrifugates des ersten Urinstrahles — also topische Diagnose eventueller Gonokokken! — gesondert vorgenommen wird. Kultur in flüssigem Nährboden, der frische peptonisierte Bouillon, mikrobielle Vitamine, Blutvitamine mit menschlichen Albuminen und Produkte der mikrobiellen Sekretion enthält, welche in polyvalenten Kulturen sich entwickelt haben und vermutlich die Entwicklung der beigemengten Keime hemmen. Einzelheiten im Original. Reichliche Beimpfung, Feuchthaltung der Kulturröhrchen durch hermetischen Verschluß. Identifizierung der Keime. Gute Resultate mit dieser Methode.

De l'utilité de la voie combinée hypogastrique et périnéale dans certaines prostatectomies difficiles (Die Nützlichkeit kombinierten hypogastrischen und perinealen Vorgehens bei gewissen schwierigen Prostatektomien), von X. Delore, J. de Rougemont und J. Creyssel-Lyon. S. 398. Ein kombiniertes Vorgehen wird meist nicht von vornherein, sondern erst während einer schwierigen Ausschälung einer Prostata in die Wege geleitet werden, wenn man mit der suprapubischen Inzision allein nicht zum Ziele gelangt. Auslösung der Prostata: linker Zeigefinger in die Dammwunde, rechter in die Blase. Entfernung der Lappen nach Anlegung eines gewöhnlichen Schnittes. Wenig blutiges Vorgehen. Tamponade der Prostatanische kann fehlen. Am 3. Tage Entfernung der Drains und Einlegen eines starken Pezzerkatheters, Schutzverband auf den Damm.

Le prolapsus intravésical de l'extrémité inférieure de l'uretère (Der Prolaps des unteren Endes des Ureters in das Blaseninnere), von O. Mercier. S. 402. Der Prolaps des unteren Ureterendes wird häufig mit der zystischen Dilatation verwechselt. Bei jener ist die Ureterenöffnung quer zu sehen, bei dieser besteht auf Kosten des Ureters eine Buchtung, die von Blasenschleimhaut bedeckt ist. Der Prolaps wird durch anormal heftige Bewegungen des Ureters aus verschiedenster Ursache hervorgerufen, wobei auch eine wenig feste Verschmelzung der einzelnen Schichten des Ureters eine Rolle spielen kann; die zystische Dilatation ist eine angeborene Mißbildung bei Verengerung der Ureteröffnung oder bei Klappenbildung im Ureter oder an seinem

Digitized by Google

Ausgang. Der Prolaps, der keine Beschwerden macht, wird zystoskopisch diagnostiziert: in der Uretergegend ein konisches oder zylindrisches, dunkelrotes Gebilde, kompakt, nicht durchscheinend ohne Ausdehnung bei Bewegungen, sich zurückziehend bei Druck mit dem Ureterkatheter; sich scharf abhebend durch seine von der Blasenschleimhaut abweichende Farbe. Die zystische Dilatation ist von der blassen Blasenschleimhaut bedeckt, deren Gefäße darüber ziehen; durchscheinend, sich ausdehnend, bei Druck mit dem Ureterkatheter nicht zurückweichend; birnenförmiges Aussehen. — Ist aus besonderen Gründen eine Nephrektomie erforderlich, so wird man den Prolaps nicht zu behandeln brauchen. Sonst wird man, da er eine renale Retention unterhalten oder verschlimmern kann, die prolabierte Masse endovesikal zerstören und eine Meatotomie des Ureters anschließen, wenn eine Verengerung besteht.

Un cas d'urétrite à pseudo-gonocoques; quelques réflexions sur la spermoculture (Ein Fall von pseudoblennorrhoischer Urethritis; einige Gedanken über die Spermakultur), von Moran. S. 428. Spermakultur bei einem Mann, der nie Geschlechtsverkehr gehabt hatte und klinisch keine Blennorrhoe aufwies, positiv bei zwei Laboratorien. Ähnlich bei einem zweiten Fall. — Die Spermakultur ist viel schwerer, als die Bakteriologen glauben, die immer neue Methoden ersinnen, um sich von anderen nicht den Rang ablaufen zu lassen. Bei 31 Blennorrhoikern nur dreimal ein — vermutlich — positives Resultat bei sorgfältigster Technik; verwandt wurden Sekrete, die z. T. mikroskopisch einwandfrei Gonokokken aufgewiesen hatten. Zwei Spermakulturen darunter: beide negativ. — Die Überschätzung der bakteriologischen Methoden hat die Praktiker schon unsicher gemacht. Der klinischen Beobachtung sei weitaus der Vorzug zu geben vor der bakteriologischen Untersuchung, die häufiger täusche als jene.

1925, Bd. 19, Nr. 6.

Quelques cas de diverticules de la vessie (Einige Fälle von Blasendivertikeln), von G. Gayet und J. Cibert-Lyon. S. 473. 22 Fälle. Es handelt sich teils um kongenitale, teils — 17 — um wahrscheinlich erworbene. Der Grund für das Entstehen dieser letzteren lag in Hindernissen: Prostataadenomen 10, Strikturen 6, erweiterte Zyste der Prostata 1. Es handelte sich immer um Männer, Frauen weisen bisweilen nur ganz geringe Ausbuchtungen der Blase auf. Einmal bestand neben der kongenitalen Bildung vielfache Mißbildung: Fehlen der Niere und des Ureters, der Samenblase und des Vas deferens, zwei divertikuläre Taschen an der Stelle dieser Organe. Vielleicht sind manche solcher Divertikel entwicklungsgeschichtlich knospige Ausstülpungen. — Behandlung: Die möglichst frühzeitige Radikaloperation ist das anzustrebende Ideal, da die konservativere Behandlung der Beseitigung der Hindernisse keine wirkliche Heilung zu bringen pflegt. In Frage kommt bei weniger großen und nicht adhärenten Divertikeln die Methode von Young (Ansaugung des Divertikels in das Blaseninnere, dort Abtragung und Naht), sonst transvesikale Resektion nach Marion. — Unter den 22 Fällen 8 Todesfälle. Einmal fand sich in einer Blase ein Karzinom, dessen Zotten bei der Zystoskopie den Divertikeleingang verdeckt hatten.

La pyurie chez les prostatiques (Die Pyurie bei Prostatikern), von H. Blanc. S. 508. Ist ein Prostatiker noch nie katheterisiert worden, so muß man bei eitrigem Urin immer an eine besondere Ursache dafür denken (Tuberkulose, Stein, Pyelonephritis usw.). Ähnliche Gesichtspunkte — auch Divertikel! — auch bei Prostatikern, die schon katheterisiert worden sind. Man darf sich bei diesen nicht schon immer mit der Annahme, daß eine Katheterinfektion vorliege, beruhigen, sondern müsse unter Zuhilfenahme aller modernen Methoden zu Ende diagnostizieren. — Neun lehrreiche Krankengeschichten als Beispiele.

A propos d'un cas de syphilis vésicale (fistule vésici-intestinale) (Ein Fall von Syphilis der Blase [Blasen-Darmfistel]), von H. Blanc und M. Negro. S. 513. 37jähr. Frau. Seit 5 Monaten Blasenbeschwerden, nie Hämaturien, dagegen Luftaustritt aus der Harnröhre. Fünf Jahre zurückliegende Luesinfektion, sehr ausgiebig behandelt. WR 1923 H^5. Zystoskopie: Wegen starken Ödems in der Gegend des linken Ureters keine genügende Aufklärung. Zystographie: Bei Füllung mit NaBr erst stärkster Urindrang, dann Füllung mit 240 ccm möglich; 2. Aufnahme nach Entleerung der Blase, wobei heftiger Stuhldrang entsteht. 1. Bild zeigt am oberen Teil der Blase konische Ausbuchtung (in dieser Gegend war bei rektaler Untersuchung ein mit der Blase verschmolzener Tumor zu fühlen), mit zottigen Rändern. 2. Bild: Blase im wesentlichen leer, Rektum bis zum Sigmoideum hinauf vollkommen mit der NaBr-Lösung gefüllt. Spezifische Kur mit Hg-Bijodür. Allmähliche Besserung, zystoskopisch und radiographisch

Digitized by Google

nachgewiesen. Auch die Fistel schloß sich, das Allgemeinbefinden erheblich gehoben. Schließlich klinisch völlige Heilung, auch des palpatorischen Befundes.

Cancer de la prostate à forme pseudo-kystique (Pseudozystisches Prostatakarzinom), von H. Blanc. S. 521. 60jähr. Mann mit Prostatabeschwerden. Bei Rektaluntersuchung Prostata sehr groß, weit in den Darm vorspringend, Oberfläche glatt, Fluktuation. Zystoskopie: Nichts Besonderes außer einer entzündeten Balkenblase, deren Hals ödematös und vorgewölbt ist. Inzision vom Darm aus. Es entleert sich hämorrhagische Flüssigkeit. Aus einigen Gewebsbröckeln kann die Diagnose eines Epithelioms pseudozystischer Form gestellt werden. — Ein derartiger Fall ist bisher noch nicht beschrieben worden. Interessant ist die Analogie zu den pseudozystischen Neoplasmen der Nieren. E. Sklarz-Berlin.

Česká Dermatologie.

1925, Jahrg. 7, Nr. 1.

Paraffinom, von V. Maydl-Prag. a) 47jähr. Frau, ließ sich wegen zwei verunstaltender Grübchen am Hals 6 Paraffininjektionen machen. Der kosmetische Effekt war ein guter und blieb es 2 Jahre; dann entstanden hirsekorngroße Geschwülstchen, die sich vergrößerten. Der Verf. fand 10—12 harte, höckerige, bohnen- bis kleinwalnußgroße, im subkutanen Bindegewebe liegende, mit der Haut innig verwachsene, auf der Unterlage verschiebliche Tumoren, die die Pat. sehr verunstalteten. Die größten wurden exstirpiert. Guter kosmetischer Erfolg. — b) Bei der 45jähr. Frau wurde behufs Beseitigung einer Grube der Wange flüssiges Paraffin injiziert. 2 Jahre lang blieb der gute Erfolg bestehen; dann begann sich an der Injektionsstelle ein Tumor zu entwickeln, der Kastaniengröße erreichte, knorpelhart, von glatter Oberfläche, mit der Haut innig verwachsen und gut verschieblich war. Exstirpation, guter Erfolg. Der Tumor bestand aus Narbengewebe und war von Paraffinkörnern durchsetzt. Zwei Mikrophotographien. Detaillierte histologische Beschreibung.

Ursachen der luetischen Spätsymptome, von K. Procházka-Prag. Bei 458 Fällen mit Tertiärsymptomen verschiedener Organe wurde folgendes festgestellt: Bei allen unbehandelten Fällen war die WR komplett positiv. Nach der Behandlung nimmt der Prozentsatz der positiven Reaktionen ab. Die Zahl der Fälle von gummöser Hautsyphilis blieb bis 1915 annähernd unverändert, dann sank sie. Die Mehrzahl der Fälle wurde gar nicht oder ungenügend behandelt; nur 6% wurden gut behandelt. Die Ursache der luetischen Späterscheinungen liegt demnach nicht in schlechter Behandlung. 54,5% der Fälle wußten nichts von ihrer Infektion, wurden also nicht behandelt. Ihre Syphilis hatte während des ersten und zweiten Stadiums einen abweichenden klinischen Verlauf, da die Pat. von irgend welchen für diese Stadien charakteristischen Hautsymptomen nichts wußten, und die Krankheit manifestierte sich erst im lokalisierten Stadium. Die Erklärung hierfür dürfte durch die Lehre von der Uneinheitlichkeit des Virus gegeben sein. Der Verf. fand bei seinem Material keine Belege für eine verheerende Wirkung des Quecksilbers und der Arsenobenzole in dem Sinne, daß die neurotropen Stämme der Spirochaete pallida durch die Einwirkung dieser Medikamente häufiger seien als die dermotropen. G. Mühlstein-Prag.

Japanese Journal of Dermatology and Urology.

1925, Bd. 25, Nr. 2.

Über eine auf syphilitischer Erkrankung des vegetativen Nervensystems beruhende Leukomelanodermie, von Sh. Dohi. S. 57. Ein 50jähr. kräftiger Mann, der vor etwa 30 Jahren eine Lues gehabt hat, die bisher unbehandelt ist, bemerkt seit 10 Jahren langsam zunehmende braune Pigmentierungen an den verschiedensten Körperteilen; seit 3 Jahren waren an Stelle der Pigmentierungen weiße Stellen aufgetreten bei gleichzeitiger starker Schweißabsonderung. Keinerlei Sensibilitätsstörung; die Haut der pigmentierten und depigmentierten Stellen ist normal gefeldert, mit normalem Haarwachstum. Dermographismus, Hyperazidität, Schweiß- und Speichelsekretion nach Pilokarpin vermehrt, Eosinophilie, herabgesetzte Zuckertoleranz, kurz „Vagotonie", dabei WR ++++. Pirquet. Nach energischer Syphilisbehandlung Rückbildung der Pigment-

Digitized by Google

anomalien und der Störungen des vegetativen Nervensystems. Verf. nimmt daraufhin an, daß sich eine Tonussteigerung des Parasympathikus infolge einer durch die Lues herabgesetzten Funktion des Sympathikus antagonistisch herausgebildet hatte. Als Ursache für die Pigmentanomalie kommen hier zwei Momente in Frage, nämlich die Syphilis und die Störungen des vegetativen Nervensystems. Da Verf. in den Befunden ein einheitliches Krankheitsbild erblickt, schlägt er dafür obigen Namen vor.

Über einen Fall von Salvarsantod bei einer Addisonkranken, von S. Minami. S. 61. Exitus einer Addisonkranken 2 Tage nach der ersten Salvarsandosis. Die Sektion wurde verweigert. Verf. vermutet eine Schädigung der erkrankten Nebenniere durch Salvarsan und rät zur Vorsicht in der Anwendung des Mittels bei Addisonfällen, trotz der von anderer Seite berichteten Heilungen dieser Krankheit durch Salvarsan.

Beitrag zur Chemotherapie der Gonorrhoe, von F. Ishowara. S. 62. Von 148 verschiedenen Chemikalien, deren bakterizide Kraft gegenüber den Gonokokken geprüft wurde, zeigte sich am stärksten wirksam das Quecksilber-Dichloramino-Sulfo-Toluol (Hg-Toluamin); dann folgt an zweiter Stelle das Quecksilberresorzin, dann erst Protargol und dann Albargin. Auch in der Praxis bewährten sich die Hg-Präparate.

Bd. 25, Nr. 3.

Über Monilethrix, von I. Toyama und T. Ohno, Derm. Univ.-Kl. Sendai. S. 63. Nach den Untersuchungen der Verff. soll es sich bei der Entstehung der spindelförmigen Haare um eine meist angeborene Bildungsanomalie handeln, die in vieler Beziehung Ähnlichkeit mit der Keratosis pilaris hat. In jedem Fall von Monilethrix war ein Lichen pilaris nachweisbar, jedoch führt letzterer nicht in jedem Fall zur Bildung von Spindelhaaren. Die Spindelform der Haare ist nicht nur am behaarten Kopf, sondern auch am ganzen Körper, besonders an allen Lanugohärchen nachweisbar, und zwar mittels des Hautmikroskops oder der Zelloidinmethode. Monilethrix und Keratosis pilaris sind beides Verhornungsanomalien, und zwar tritt bei der Keratosis pilaris eine vorzeitige Verhornung der äußeren Rindensubstanz ein, bei Monilethrix auch der inneren Schichten, besonders die Huxleysche Schicht verhornt frühzeitig. Der durch diese Verhornung, die nicht immer ganz gleichmäßig auftritt, bedingte Druck soll zur Bildung der auch nicht immer gleichmäßigen Haarspindeln führen.

L'étude clinique et anatomique de la pachydermie vorticellée (Klinische und anatomische Untersuchungen von Fällen von Cutis verticis gyrata), von K. Maéda-Tokio. S. 70. In allen drei untersuchten Fällen war die Mißbildung mitten am Hinterkopf unterhalb des Scheitels lokalisiert, hatte sich langsam ohne Krankheitserscheinungen entwickelt, zeigte keinerlei Entzündungserscheinungen, keine Infiltration. Es zeigte sich nur eine Verlängerung der Papillen, eine Vermehrung der elastischen Fasern, der Epidermiszellen und der Muskularis, also eine einfache Hypertrophie der Haut. Interessant ist, daß in dem einen der drei Fälle, der eine Frau betrifft, dieselbe Faltenbildung der Haut auch auf der Stirn und den Wangen stark ausgebildet war, was bei den bisherigen Fällen nicht beobachtet worden war.

Über die Nebenerscheinungen von Salvarsan, von S. Minami-Okayama. S. 71. Die bekannten Nebenerscheinungen des Salvarsans hat Verf. durch Adrenalin-, Atropin- oder Morphiuminjektionen sowie durch Verwendung von Traubenzucker zum Lösungsmittel zu bekämpfen versucht. Alle diese Methoden gaben in einigen Fällen Mißerfolge, so daß schwer zu entscheiden ist, welche die wirksamste ist. Die Wirkung des Salvarsans bei Rekurrensspirochäten der Mäuse ist ziemlich die gleiche, einerlei, ob man 0,6%ige Kochsalzlösung oder 5—10%ige Zuckerlösung verwendet.

Bd. 25, Nr. 4.

Über die Trichophytie und die Trichophytonarten in Korea, von Sh. Takahashi, Derm.-urol. Univ.-Kl. Tokio. S. 73. Bei 100 Fällen von trichophytischen Erkrankungen ließen sich 36 verschiedene Stämme kultivieren. In 68 Fällen handelte es sich um Pompholix; der Pilznachweis gelang trotz exakter Untersuchung nur in 31 Fällen; die Kulturen ergaben in 24 Fällen ein positives Resultat. Die Kulturen dieser in Korea gezüchteten Fälle zeigten einige Abarten; so zeigte z. B. die Kultur des Tr. purpureum Bang var. I mangelhafte Pigmentbildung, war aber im Tierversuch positiv.

Ein seltener Fall von Uretersyphilis, von T. Takenouchi-Niigata. S. 75. Verf. berichtet über einen Fall von Uretertumor, den er mitsamt der hydronephrotischen

Digitized by Google

Niere operativ entfernt, nachdem der Pat. 2 Jahre an Hämaturie und Schmerzen gelitten hatte. Laut Anamnese hatte der Kranke eine Blennorrhoe, aber niemals eine Lues gehabt. Die WR war negativ. Da der Tumor außer den Veränderungen, wie wir sie bei jeder chronischen Entzündung, also auch bei der Syphilis, finden, nichts Besonderes zeigte, glaubt Verf. sich zu der Annahme berechtigt, diesen Tumor als Ureteryphilis anzusehen, trotz negativer Anamnese und negativen Blutbefundes.

A. de Lemos-Hamburg.

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie.

1925, Jahrg. 1, Nr. 2.

L'ictère parathérapeutique (des arsénobenzols en particulier) (Der partherapeutische Ikterus (insbesondere durch die Arsenobenzole), von G. Milian-Paris. S. 85 u. Nr. 3, S. 164. Verf. unterscheidet posttherapeutischen und intertherapeutischen Ikterus. Ersterer tritt als leichter katarrhalischer Ikterus auf und geht durch Bettruhe oder antiluetische Behandlung schnell zurück. Die schwere Form des posttherapeutischen Ikterus ist sehr selten und wird gewöhnlich als schwerer Salvarsanikterus bezeichnet. Weniges spricht für die toxische, mehr für die spezifische Herkunft. Der intertherapeutische Ikterus ist viel seltener; er umfaßt 15% der Ikterusfälle bei Lues. Er ist zu unterscheiden als Herxheimersche Leberreaktion, als sog. biotropischer Ikterus und als der sehr seltene (1,5%) toxische Ikterus, der nie isoliert auftritt. Schließlich wären dazu noch die Fälle von Ikterus durch zufälliges Zusammentreffen von Luesbehandlung und anderen Erkrankungen zu rechnen (Grippe, Ca des Pankreas usw.). Der Icterus posttherapeuticus ist antiluetisch zu behandeln, Salvarsan, Hg per os 0,02 bis 0,04 pro die, auch Hg intravenös ohne Kostveränderung. Der Icterus intertherapeuticus ist je nach der Ursache anzugehen: die toxische Form mit Adrenalin, Atropin, bald Hg resp. Salvarsan und Bismut, aber nicht das, was toxisch gewirkt hatte. Die Herxheimersche Leberreaktion verschwindet durch weitere Salvarsangaben.

Conceptions des naevi: néoplasies bénignes (Auffassung der Nävi als gutartige Neubildungen), von H. Gougerot. S. 106. Die Nävi können keine „einfachen Mißbildungen" sein; dagegen spricht die Tatsache der Naevi tardi und das merkwürdige spontane Verschwinden angeborener Nävi. Verf. führt hierfür ein Beispiel an; ebenso für die spontane Umwandlung eines Nävus in einen andersgearteten Nävus an der gleichen Stelle. Verf. glaubt daher, daß die Nävi gutartige angeborene Neubildungen sind, die bei oder mehr oder weniger lang nach der Geburt in Erscheinung treten. Bald bleibend, bald vergehend, bald sich umwandelnd, bald bösartig sich verändernd. Die Syphilis wird als eine nävusbildende Erkrankung angesehen. Sie soll darauf einwirken durch Störung der epidermalen Gewebe, aber der Mechanismus selbst bleibt dunkel.

Note sur l'action pexique de la peau (Mitteilung über die giftbindende Tätigkeit der Haut), von B. Dujardin und N. Decamps-Brüssel. S. 109. Diese Tätigkeit ist wie bei der Leber auch bei der Haut vorhanden, nur in schwächerem Maße. Versuche: Beim Menschen tritt 8—10 Tage nach intradermaler Einverleibung von Pferdeserum eine lokale Reaktion auf. Erklärung: Ein Teil des Pferdeserums ist geblieben am Ort der Impfung, dort fixiert die ganze Zeit über, um dann mit den Antikörpern der allgemeinen Zirkulation zu reagieren, die gerade entstanden sind. Zweiter Versuch: Ein Individuum, das vorher gegen Pferdeserum sensibiliert wurde, wird mit 0,2 ccm desselben Antigens intradermal geimpft. Es erscheint ein papulöses Herderythem von 6:6 cm, das nach 12 Stunden verschwindet. Am Abend des zweiten Tages energische Seifenwaschung des ganzen Körpers: eine halbe Stunde später genau auf der Herdstelle zwölf Urtikariaquaddeln, die etwa 24 Stunden blieben. Der Versuch ist ohne Zweifel von Interesse für die Auffassung von der Entstehung mancher Urtikariaarten und chronischen Hauterkrankungen überhaupt.

La question de la dualité des virus syphilitiques et les causes d'orientation de la syphilis (Die Frage des Dualismus des Syphilisvirus und die Ursachen der geographischen Orientierung der Lues), von G. Lacapère. S. 112. Der Ansicht Levaditis und Maries, es gebe einen dermatropen und einen neurotropen Spirochätenstamm, wird entgegengetreten. Zur Verfügung steht ein Riesenmaterial von 14000 schwarzen Franzosen aus den Jahren 1916—1923. In Nordafrika ist die Lues nervosa selten. Die Lymphozytose im Liquor erscheint zugleich mit der Mononukleose im Blut und zugleich mit dem Verschwinden der Hautpapeln. Der Liquor wird also beim Verlassen der ersten

Digitized by Google

Periode und Hinübertreten in die zweite und dritte Periode der Syphilis spontan wieder frei. Verf. folgert hieraus, daß in der Sekundärperiode die Liquorlymphozytose eine Allgemeinreaktion ist, ein energischer Schutz gegen die Syphilisdurchseuchung. In der tertiären Periode sind die nervösen Erscheinungen seltener, aber sie existieren. Bei 10300 Tertiären kamen 467 nervöse Lokalisationen vor = 4,5% aller Lues-III-Fälle, gegenüber 30% der europäischen Lues III. In Marokko ist die Lues nervosa siebenmal seltener als in Frankreich. Die Lues nervosa hat bei den Arabern bestimmte Lokalisationen; die bei den Europäern bevorzugten sind selten. Die allgemeine Paralyse ist sehr selten in den Gegenden, wo der Eingeborene wenig mit den Europäern in Berührung kommt. Die afrikanische Lues beginnt fast immer schon im Kindesalter, Lues III meist unter 25 Jahren. Diese frühe Durchseuchung in einem Alter, wo das Zentralnervensystem noch ruht und wenig arbeitet, ist nach Verf. die Hauptursache der Seltenheit nervöser Lokalisation der Lues. Nur bei Individuen, die geistig mehr hervorragen und ihre nervösen Organe überanstrengen, zeigen sie sich. Der niedrige arterielle Blutdruck des Eingeborenen erklärt nach Verf. die Seltenheit medullärer Affektionen und zerebraler Sklerosen. Schwacher Fleischgenuß und Alkoholenthaltsamkeit im Gegensatz zum Europäer. Nicht zu vergessen der Kleidermangel und die Gelegenheit zu reichlicher Verletzung der Haut. Wenn aber die nervösen Organe der Schwarzen erkranken, so entstehen vereinzelte Läsionen, frustane Meningitis, Paraplegien, selten große Sklerosen. Wichtiger als die Qualität des Virus ist also der Zustand der befallenen Organe. Die gewohnten Tropenkrankheiten, die häufige Hautirritation, die Unzulänglichkeit der Kleidung, die frühe Durchseuchung des Körpers in der Ruheperiode der Zentralorgane und andererseits in der Entwicklungszeit des Knochensystems bewirken nach Verf., daß die Afrikanerlues sich an Knochen und Haut abspielt und das Zentralnervensystem entweder ganz verschont oder doch nur in der Regel milde angreift.

Gommes syphilitiques des sterno-cleido-mastoidiens (Syphilitische Gummata an beiden Sternokleidomastoiden), von G. Milian. S. 121. 47jähr. Frau, WR positiv, sonst ohne spezifische Zeichen. Beiderseits diffuse, harte Schwellung, fast den ganzen Verlauf der Muskeln einnehmend ohne Einschmelzung des Gewebes. Durch Salvarsan langsam in glatte Heilung übergeführt.

1925, Jahrg. 1, Nr. 3.

Autoplasties faciales par lambeaux cutanés à longs pédicules tubulés (Autoplastik des Gesichts mit röhrenförmigen Hautlappen), von P. Moure-Paris. S. 192. Chirurgische Methoden zur Deckung entstellender Gesichtsdefekte an den schwierigen Stellen von Nase, Oberlippe und Unterlippe.

L'épithélioma baso-sébacé (Das Epithelioma basosebaceum), von L. Perin. S. 201. Im einzelnen dargestellter einschlägiger Fall, durch den bewiesen wird, daß es einerseits ein typisches Epithelioma sebaceum gibt, andererseits, daß das Epithelioma sebaceum Neigung hat, nach Art der Basalzellenepitheliome atypisch zu wuchern. Genaue Beschreibung der diagnostischen Kriterien in histologischer Beziehung. Prognostisch ist das Epithelioma als wenig malignes Karzinom anzusprechen, wenngleich Letulle und Bazy einen sehr malignen Fall erlebt haben. Therapeutisch wirksam ist vor allem Radium.

1925, Jahrg. 1, Nr. 4.

La contamination syphilitique pendant la période d'incubation du chancre (Die syphilitische Ansteckung während der Inkubationsperiode des Schankers), von G. Milian. S. 245. Zwei einwandfreie Fälle von Ansteckung während der Inkubationszeit des Primäraffekts. Sie bestätigen, daß vor dem Manifestwerden eines Ulkus eine Weiterübertragung sehr wohl möglich und wahrscheinlich ist. In einem Falle war eine geringe Leistendrüsenanschwellung das erste klinische Symptom. Verf. glaubt, daß nach 10 Tagen post infectionem die Entwicklung des dem Auge sich noch verbergenden Schankers bereits so weit gediehen ist, daß von diesem Zeitpunkt ab die Weiterverbreitungsgefahr am größten ist.

Le métabolisme de l'eau dans l'eczéma (étude physio-pathologique et thérapeutique), von J. Meyer. S. 249. Fortsetzung folgt.

Les excipients (Die Arzneiträger), von Veyrières. S. 268. Pharmakologische Untersuchungen über die Eignung flüssiger, öliger oder fester Salbengrundlagen. Etwas Neues bietet die Arbeit nicht. H. Lippert-Köln.

Digitized by Google

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia.

1925, Bd. 66, H. 3.

La Pierre de l'Argentine (Die Piedra Argentiniens), von C. O. Ariaz-Buenos Aires. S. 1025. Als Erzeuger der in Argentinien beobachteten Piedrafälle kommt ein zur Familie Sacharomyzeten gehöriger Pilz in Betracht. Dadurch unterscheidet sich diese Piedraart von anderen Piedraarten.

Contributo allo Studio dei sarcoidi sottocutanei di Darier-Roussy (Beitrag zum Studium der subkutanen Sarkoide Darier-Roussys), von L. Bussalai, Derm. Univ.-Kl. Genua. S. 1033. Bei einer hereditär belasteten und selbst tuberkulösen Person hatten sich eine Reihe schmerzloser, erbsen- bis nußgroßer Knoten im Unterhautzellgewebe entwickelt. Die darüber gelegene Haut war etwas blaß mit einem Stich ins Bläuliche. Auf dem Durchschnitte zeigten jene ein fibröses Gewebe mit einzelnen kleinen Lücken. Die Geschwülstchen waren durch eine Kapsel von der Umgebung getrennt und hingen nur an einer Stelle durch einen fibrösen Stiel mit ihr zusammen. Die mikroskopische Untersuchung wies zahlreiche, in fibröses Gewebe eingebettete Lücken auf. Diese bilden sich durch Schwund des Fettgewebes. Dazwischen liegen Zellnester von tuberkuloider Struktur. Die sehr zahlreichen Riesenzellen haben ganz verschiedenes Aussehen. Sie entstehen zum größeren Teil aus dem schwindenden Fett, zum kleineren aus fixen Bindegewebszellen. Das gleiche gilt von den epitheloiden Zellen. Deutlich sieht man junges Bindegewebe. Die Lymphozyten schieben zum Teil die Gefäße ein, teils bilden sie Stränge und Haufen mit eingemischten epitheloiden Zellen, polynukleären Neutrophilen und Eosinophilen und gelegentlich Plasmazellen. Die Blutgefäße sind meist dilatiert. Säurefeste Bazillen oder Muchsche Granula konnten nicht gefunden werden. Impfungen auf künstliche Nährböden und Tiere blieben ergebnislos. Verf. rechnet die Geschwülste zu den Tuberkuliden.

L'Herpes Zoster dei sifilitici (Der Herpes zoster der Syphilitischen), von M. Artom. S. 1044. Der Zoster tritt als Krankheit sui generis wie als Symptom anderer Krankheiten auf. Es steht nicht fest, ob in letzteren Fällen die Krankheitskeime die Spinalganglien befallen oder sie nur sensibilisieren. Der syphilitische Zoster kann beim Ausbruch wie bei Rückfällen, wie bei latenter Syphilis auftreten. Verf. beobachtete 6 Fälle, von welchen je zwei bei frühzeitiger syphilitischer Meningitis, bei Tabes und Paralyse aufgetreten sind. Zoster bei einem Syphilitiker muß unter dem Gesichtswinkel einer zugrunde liegenden nervösen Erkrankung aufgefaßt werden. Das Gebiet der erkrankten Nerven scheint die Lokalisation des Zosters zu bestimmen. (Thorakaler Zoster bei Tabes, 2 Jahre später gefolgt von Zoster cervicalis bei beginnender luischer Meningitis.) Inwieweit auch der syphilitische Zoster die Spinalflüssigkeit beeinflußt, wagt Verf. nicht zu entscheiden. Das Grundleiden dürfte die durch den Zoster bedingten Veränderungen maskieren. Inokulationsversuche (Kornea von Kaninchen und Meerschweinchen) mit dem Blaseninhalt waren ergebnislos.

Sopra un caso di sclerodattilia (Über einen Fall von Sklerodaktylie), von A. Devoto, Derm. Univ.-Kl. Genua. S. 1072. Ein Fall. Die Behandlung mit Thyreoidea- und Nebennierenpräparaten war ergebnislos. Während eine pluriglanduläre Behandlung deutliche Besserung brachte.

Contributo casistico allo studio delle onicomicosi rare. Onicomicosi da microsporum Audouini (Kasuistischer Beitrag zum Studium der seltenen Onychomykosen. Onychomykose durch Mikrosporon Audouini), von G. Bresciani, Derm. Univ. Kl. Cagliari. S. 1085.

Acari nelle orine (Tyroglyphus longior) (Milben im Urin [Tyroglyphus longior]), von G. Franceschini und G. Nardi. S. 1110. Zufälliger Befund im Urin einer Frau. Daß die Milben aus dem uropoetischen System derselben stammten, wird abgelehnt und angenommen, das es sich nur um Verunreinigung der äußeren Geschlechtsteile gehandelt haben dürfte.

La radioterapia degli eczemi (Die Strahlenbehandlung der Ekzeme), von R. Porcelli. S. 1114. Jede Ekzemform kann mit Röntgen behandelt werden, abgesehen von den sehr akuten oder generalisierten Formen. Bei den subakuten und chronischen Formen erhält man die besten Resultate. Ganz hervorragend wirken die Röntgenstrahlen, wo, wie bei Anal- und Vulvaekzemen, heftiges Jucken vorhanden ist, und bei den hyperkeratotischen Formen der Hand- und Fußflächen. Man muß sich der individuellen Empfindlichkeit bei der Dosierung anpassen.

Digitized by Google

Sulla cura endovenosa di talune dermatosi mediante i bromuri (Über die endovenöse Behandlung einiger Dermatosen mit Bromsalzen), von C. Felugo-Genua. S. 1120. Versuche mit Bromnatrium und Bromkalzium. Die Resultate waren gut, besonders bei Prurigo Hebrae und nervösem Pruritus. Bei schmerzenden Hautaffektionen beruhigen die Injektionen nur vorübergehend. Die Anwendung ist unschädlich.

Sifilomi extragenitali (Extragenitale Schanker), von F. Ronchese. S. 1123. Statistik aus der Hautabteilung des Venetianer Zivilkrankenhauses über den Zugang vom Jahre 1910—1925: 1132 Primäraffekte. Darunter 94 extragenitale Formen, 61 bei Frauen, 33 bei Männern. Sie saßen an 22 verschiedenen Stellen (im Original angeführt!). In 2 Fällen von Doppelschanker entstand der zweite später als 20 Tage nach dem ersten durch Selbstübertragung. Für eine schlechtere Prognose des Syphilisverlaufes bei extragenitalen Sklerosen ließ sich kein Anhaltspunkt gewinnen.

Della tecnica del mio metodo attivo nella siero-reazione della sifilide (Über die Technik meiner aktiven Methode bei der Serumreaktion der Syphilide), von U. Hecht, Ser. Univ.-Inst. Prag. S. 1137. A v. Notthafft-München.

Bücherbesprechungen.

Vorlesungen über Histobiologie der menschlichen Haut und ihrer Erkrankungen, von J. Kyrle. Erster Band mit 222 zum großen Teil farbigen Abbildungen. Verlag Julius Springer, Wien und Berlin 1925. Der erste Band der mit großer Spannung erwarteten Histobiologie der menschlichen Haut und ihrer Erkrankungen liegt vor uns. Der Gesamteindruck dieses großzügigen Bilderwerkes der Histopathologie ist sehr erfreulich. Wenn auch aus Vorlesungen für dermatologische Anfänger entstanden, so überschreitet dieses Werk doch weit die Grenzen eines propädeutischen Kompendiums — man könnte es eher ein Kolloquium für Fortgeschrittene heißen —, und der Verf. geht in seiner Bescheidenheit entschieden zu weit, wenn er in seiner Vorrede meint, daß sein Werk kein Lehrbuch der Histopathologie der Hautkrankheiten im gewöhnlichen Sinne genannt werden könne. Gerade diese Art, Histopathologie zu lehren, ist die richtige. Die Systematik der Hautkrankheiten läßt sich auch heute noch nicht in ein straffes System zwängen; eine befriedigende Einteilung existiert nicht. Die Klassifikation Kyrles geht in diesem histopathologischen Lehrbuch ganz mit Recht von einem höheren, d. h. biologischen Standpunkte aus; er zieht seine Parallelen, wie er sie braucht. So ist die Nukleolarreaktion für ihn maßgebend, um die Variola neben die Psoriasis zu setzen, ähnlich wie in den 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts für P. G. Unna die ballonnierende Degeneration und die retikulierende Degeneration der Grund war, die Variola in Parallele mit Erythema multiforme, Varizellen und den Herpesaffektionen zu bringen. Daß da viel Hypothetisches mit unterläuft, ist nicht wunderbar.

Der erste Band ist in sechs Teile geteilt, deren erster die Histobiologie der normalen Haut, die folgenden zwei Pigment und Pigmentanomalien, Teil 3 Atrophien, Teil 4 Hypertrophien, Teil 5 Pilzerkrankungen und Teil 6 die Parasiten der Haut enthält.

Der Reichtum an ausgezeichneten und prägnanten Bildern allein macht das Werk schon unentbehrlich für jeden arbeitenden Dermatohistologen. Was 222 (!) gute und typische Abbildungen besagen, kann nur der ermessen, der selbst eine große histopathologische Sammlung unter den Händen gehabt hat. Man kann dem Verf. zu dem Zeichenkünstler und noch mehr zu dem Histotechniker gratulieren.

Der Text ist, wie der Verf. sagt, ganz besonders auf das Begriffsvermögen von dermatologischen Anfängern zugeschnitten. Kyrle verweist daher, um den Studenten durch ein Zuviel von histologischen Details nicht zu ermüden, bei jeder passenden Gelegenheit hin auf die Zusammenhänge zwischen pathologischen Vorgängen und biologischem Geschehen. Kyrle ist überzeugt, daß die meisten wesentlichen Differenzierungen schon in der Basalzelle des Embryo vorgebildet, „phylogenetisch im Keimplasma fixiert sind". Ganz besonders nimmt er dies an bei den benignen Neubildungen, nicht nur den eigentlichen Nävi, sondern auch bei den verschiedenartigsten sonstigen benignen Geschwulsten, wie z. B. den Spontankeloiden, die K. in gewissem Sinne zu den Mißbildungen rechnet. So z. B. betrachtet er die Xanthome als Mißbildungen des retikuloendothelialen Systems der Haut und ist geneigt, auch die Urticaria pigmentosa als eine Mißbildung anzusehen. So interessant diese Parallelen auch sind, so steht K. bis jetzt wohl noch mit diesen Gedankengängen allein. Anregend geschrieben sind in dieser Hin-

Digitized by Google

sicht die Kapitel über Pigmentanomalien, die Kapitel über Warzen und Hyperkeratosen und besonders interessant die Kapitel Nävi und Organnävi.

Wertvoll erscheint es, daß hier an der Hand eines unübertrefflichen Bildermaterials zum erstenmal der Beweis geführt ist, daß die histopathologischen Methoden uns in den meisten Fällen erheblich weiter führen als die klinische makroskopische Betrachtungsweise; an zwei Stellen, auf S. 145, Absatz 2 und S. 255, wird der Beweis hierfür angetreten.

Ferner zeigt uns der Verf., wie man aus rein morphologischen Befunden biologische Schlüsse ziehen kann; in dieser Parallelisierung von pathologischem Befund und biologischem Geschehen liegt vielleicht der größte Vorzug dieses eigenartigen Buches, das man in der Hand jedes Dermatologen sehen möchte.

Leider steht der Erfüllung dieses Wunsches der hohe Preis des Buches hindernd entgegen. Es würde sicher von vielen Fachkollegen freudig begrüßt werden, wenn durch eine weise Beschränkung des vorzüglichen Bildermaterials sich noch eine billigere Ausgabe erzielen ließe. P. Unna jr.-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

b. Pathologie und Klinik.

Syphilis-Ikterus-Salvarsan, von E. Bernheim, Inn. Abt. d. Augusta-Hos. Berlin. (D. m. W., 1925, Nr. 22, S. 904.) Verf. hat einen Fall von Ikterus bei bestehender frischer Syphilis ohne vorangegangene Behandlung beobachtet, der nach der 6. Cyarsalspritze fast ganz abheilte und durch eine einmalige Injektion von 0,15 Neosalvarsan wieder in Erscheinung trat. Unter Cyarsalbehandlung verschwand der Ikterus wieder. 2 Monate später wurde erneut Neosalvarsan injiziert, ohne daß es zu Ikterus oder Bilirubinämie kam. Die Kur konnte ohne Störung zu Ende geführt werden. F. Harry-Wiesbaden.

Über die geweblichen Veränderungen der Nieren bei der angeborenen Syphilis unter besonderer Berücksichtigung der Spirochätenbefunde, von C. Giordano, Path Inst. Univ. Berlin. (Virch. Arch., 1925, Bd. 255, H. 3, S. 504.) 92 Fälle, darunter 14 eigener Beobachtung, aus dem Sektionsmaterial des Patholog. Inst. der Charité; irgend welche kennzeichnende Veränderungen im Nierenparenchym waren nicht feststellbar. Im Interstitium hingegen konnten Lipoidablagerungen im intertubulären Bindegewebe als charakteristisch für kongenitale Lues nachgewiesen werden, ebenso wie das Auftreten von Blutbildungsherden und Rundzelleninfiltraten, die reich an Plasmazellen und Leukozyten waren. Vor allem glückte es dem Verf., sehr häufig und in fast allen Abschnitten des Nierengewebes Spirochäten nachzuweisen, was bisher anderen Untersuchern bei L. cong. nicht in diesem Maße gelungen ist.
F. Jacobsohn-Berlin.

Syphilis of the Urinary Bladder (Syphilis der Harnblase), von C. C. Sealhof-Chicago. (J. of Urology, 1925, Bd. 13, Nr. 4, S. 461.) Verf. beobachtete bei einem 34jähr. Manne einen häufigen Harndrang, nicht selten Blut im Urin; da außerdem noch ein fleckiges Gesicht und ein beträchtlicher Haarausfall bestand, so wurde an eine Syphilis gedacht. Beim Urinieren hatte Pat. einen von der Blase nach der Penisspritze mit dem Urinstrahl gleichzeitig hinziehenden Schmerz. Ebenso heftige Schmerzen im Augenblick, wo Pat. die Miktion beendete. Am Ende der Miktion kommt es auch zu dem blutigen Urin. Im Urin ziemlich viel Eiweiß, kein Zucker, vereinzelt Zellen und Erythrozyten. Wassermann ++++, sowohl im Blut wie im Spinalliquor. Die Zystoskopie zeigte eine sehr entzündete Blase, in der Nähe des linken Ureterostiums 5 kleine tiefe Ulzerationen exzentrisch angeordnet. Diese waren mit einer Kruste bedeckt, die sich durch den Ureterkatheter leicht entfernen ließ und eine blutende Oberfläche zeigte. Es wurde eine generalisierte Lues diagnostiziert und mit einer Salvarsan- und Hg-Behandlung begonnen. Doch Pat. ließ sich nicht weiter ambulant behandeln. Ein Jahr später kam er mit hochgradigen Zerebrospinalerscheinungen wieder ins Krankenhaus, wo er bald nach der Aufnahme an einer Bronchopneumonie starb. Die Autopsie und mikroskopische Untersuchung ergab nun eine syphilitische Aortitis, syphilitische Pachymeningitis und syphili-

Digitized by Google

tische Ulzera in der Harnblase. Und zwar zeigten sich mikroskopisch Ulzerationen durch die Mukosa hindurch in die Muskulatur der Blasenwand mit einer beträchtlichen Infiltration von Plasma- und Rundzellen. Proliferation des umliegenden interstitiellen Gewebes. Endarteritis geringen Grades.

A. Rosenburg-Mannheim.

Les symptômes syphilitiques du corps strié. La Striatite primitive syphilitique (Die Syphiliserscheinungen am Corpus striatum. Die Striatitis primitiva syphilitica), von J. Lhermitte. (Progr. méd., 1925, Nr. 22, S. 817—825.) Abgesehen von der akuten oder chronischen Arteriitis mit ihren Folgezuständen der Nekrobiose oder Nekrose der Substanz des Corpus striatum kann das Syphilisvirus auch in besonderer Modifikation, ähnlich wie bei Tabes und Paralyse, wirken. Es handelt sich dabei weniger um die Natur der Läsion als um die Elektivität der Lokalisation. Je nach der wechselnden Vorliebe für die Abschnitte des Corpus striatum bewirkt der syphilitische Prozeß durch die Zerstörung der Nervenelemente entweder den Parkinsonschen oder den pseudo-bulbären oder den Försterschen Symptomenkomplex (arteriosklerotische Rigidität). Diese Formen könnte man als Striatitis primitiva syphilitica zusammenfassen.

E. Levin-Berlin.

Sclérose en plaques et syphilis (Multiple Sklerose und Syphilis), von A. Sézary. (Progr. méd., 1925, Nr. 22, S. 829—835.) Die eigentliche multiple Sklerose stellt ein fest umgrenztes Krankheitsbild dar, das im allgemeinen nichts mit Syphilis zu tun hat. Diese kann einen ähnlichen Symptomenkomplex hervorrufen, der sich jedoch symptomatisch, pathologisch-anatomisch und serologisch unterscheidet.

E. Levin-Berlin.

Luetischer Hypophysistumor, von L. Szondi-Budapest. (Gyógyászat, 1925, Nr. 16.) Bei Frauen pflegt das erste Zeichen eine Hypermennorrhoe, bald folgend eine Amennorrhoe zu sein. Die rechtzeitig erkannten Fälle sind durch Röntgenbestrahlung beeinflußbar, oft auf antiluetische Kuren heilbar. Ein seit ihrem 14. Jahre fast total blindes Mädchen, mit juvenilen Tabessymptomen und positiven WR, wurde in ihrem 23. Jahre mit antiluetischen Kuren durch 2 Jahre intensiv behandelt und bekam auf einem Auge ihre Sehfähigkeit total zurück. In einem zweiten Falle von Lues hereditaria stammenden Hypophysentumor mit Akromegalie und heftigen Kopfschmerzen ist es Verf. auch gelungen, durch eine intensive antiluetische Kur die Kopfschmerzen in einigen Monaten zu beseitigen.

M. Porosz-Budapest.

Contribution à l'étude des tabes sans réactions méningées ou avec réactions méningées dissociées (Beitrag zum Studium der Tabes ohne oder mit nur teilweisen Veränderungen der Spinalflüssigkeit), von L. Barbonneix und L. Pollet. (Gaz. des hôp., 1925, Nr. 42, S. 681—685.) Einschlägiger Fall und Übersicht über die Literatur. Die Fälle sind nicht häufig, doch darf das Fehlen der sonst bei Tabes anzutreffenden Reaktionen (Lymphozytose, Hyperalbuminose, positive WR) nicht gegen die Diagnose Tabes verwendet werden. Klinisch bieten derartige Fälle nichts Besonderes. Zur Erklärung sind verschiedene Hypothesen aufgestellt worden.

E. Levin-Berlin.

Das exogene Moment bei der Tabes, von L. Rosanes, Abt. u. Polikl. f. Nervenkr. städt. Krankenh. Sandhof. Frankf. a. M. (M. m. W., 1925, Nr. 17, S. 680.) Gegenüber der nie recht wahrscheinlich gewesenen und durch neuere Untersuchung vielleicht noch unwahrscheinlicher gewordenen Lehre von der neurotropen Syphilis weist Rosanes auf die Disposition des Körpers hin. Die Hälfte der Kranken gehört zu dem asthenischen Stillerschen Habitus mit stark degenerativen Zügen, der sich dem Habitus phthisicus nähert und auch tatsächliche Beziehungen zur Tuberkulose hat. Der emphysematös-muskulös-breitschultrige Typus, der vielleicht mit dem Typ Athritismus identisch ist, gehört mehr der Paralyse an. Aber auch exogene Elemente sind zu berücksichtigen. Rosanes veröffentlicht aus dem Frankfurter Material interessante Belege für diese Theorie. So Beispiele von Infektionen bzw. Erkältung, Überanstrengung (Zunahme der tabischen Frauen durch die Anstrengungen des Krieges!), Traumen, Quecksilber- und Salvarsanschädigungen, Schwangerschaft, Tuberkulose, Krebs, Herz- und Nierenleiden, Bleivergiftung, der Funktionsaufbrauch nach Edinger und der Beruf, welche den Ausbruch der Tabes veranlaßt oder eine bestehende verschlechtert und ihre Äußerungen bestimmt hatten. Häufig tritt im Anschluß an ein „Trauma" eine zweifellos längst vorhandene Tabes erst in die Erscheinung. Diagnose und Behandlung richtet sich also bis zu einem ge-

Digitized by Google

wissen Grade nach dem Konstitutionstyp der Erkrankten, ihren Süchten, Umgebung und Arbeitsart. Kein Nihilismus! Regelung der Lebensweise! Man wird als Gutachter einerseits nur schwere Unfälle berücksichtigen dürfen, aber auch Verschlimmerung eines früher Tabischen durch exogene Momente nicht leugnen dürfen.

A. v. Notthafft-München.

Die Pathologie und Pathogenese der Paralyse, von O. Binswanger-Jena. (Schweiz. m. W., 1925, Nr. 39, S. 405—410.) Bei anatomischen Untersuchungen im Initialstadium der Paralyse findet man nekrobiotische Vorgänge in funktionstragenden Hirnparenchymen mit oder ohne gleichzeitige entzündlich infiltrative Veränderungen am mesodermalen und ektodermalen Stützgewebe. Die Anfänge dieser destruktiven Prozesse spielen sich wahrscheinlich im Nisslschen Grau ab, und zwar treten die primären Nekrobiosen schon im neurasthenischen Vorstadium auf. Der Ausgangspunkt einer späteren Paralyse ist die syphilitische Durchseuchung, doch müssen noch andere vorbereitende und mitveranlassende Faktoren hinzukommen: Konstitution (fehlerhafte Anlage, Minderwertigkeit des Gehirns). Hypoplasie der Gefäßwandung, abnorme Durchlässigkeit der Meningen, Entwicklungsfehler der Membrana limitans ermöglichen das Eindringen der Spirochäten und der Gewebsgifte in das ektodermale funktionstragende Nervenparenchym; auch erworbene Schädigungen dieser Giftbarrieren spielen eine Rolle. Die Annahme einer Lues nervosa durch besondere neurotropische Spirochätenstämme ist sehr wahrscheinlich, aber noch nicht sichergestellt. Die Allergieschwäche der ektodermalen Gewebe (Haut- und Nervenparenchym) kann angeboren oder erworben sein, also auch die mangelhafte Erzeugung von Antikörpern beim Paralytiker auf konstitutionellen Fehlern beruhen oder erst später hinzugetreten sein. Ob fehlerhafte Heilmethoden (ungenügende oder übertriebene Salvarsanbehandlung) an der Entwicklung metaluetischer Prozesse teilhaben, ist noch unentschieden. E. Levin-Berlin.

c. Ätiologie und Diagnose.

Kernveränderungen an den weißen Blutzellen bei Syphilis, von I. Antoni-Hamburg. (M. m. W., 1925, Nr. 22, S. 891.) Mittels der Ringold-Methode und — weniger gut — mit anderen Färbemethoden hat Antoni öfters im mikroskopischen Bild krankhafte Veränderungen an den Kernen, wie Kernwandhyperchromasie, ungleichmäßige Färbung, sehr charakteristische, meist zickzackförmige Gänge, unscharfe Zeichnung der Kernkontur usw., gefunden. Bei anderen Krankheiten soll man die verwaschenen Konturen und die Gänge niemals finden. Begreiflicherweise wurden die Degenerationsformen am Reizserum von Primäraffekten besonders schön gefunden. Punktionssaft von erkrankten Drüsen ergab fast nur veränderte Lymphozyten. Verf. will die kranken Blutzellen nicht nur in allen Syphilisstadien, selbst im seronegativen, sondern auch bei Tabes und Paralyse gefunden haben. „Eine Übereinstimmung mit den klinischen Syphiliserscheinungen ist stets vorhanden, mit dem Wassermann nicht immer." Unter der Behandlung schwinden diese Formen, beim Auftreten klinischer Erscheinungen werden sie wieder sichtbar. In der seronegativen Phase finde man mehr die Lymphozyten erkrankt, später die Leukozyten und Mononukleären. A. v. Notthafft-München.

Die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen des Nabelschnurblutes und ihr diagnostischer Wert zur Feststellung der Lues congenita, von Hans Otto Neumann-Düsseldorf. (Zbl. f. Gyn., 1925, Nr. 24, S. 1312—1324.) Im Gegensatz zu anderen Autoren fand Verf. keine Gesetzmäßigkeit in der Senkungsgeschwindigkeit des Nabelschnurblutes: In 85% der Fälle lag sie über 25 Stunden; es kamen jedoch auch ganz kurze Senkungsgeschwindigkeiten vor, ohne daß es sich um krankhafte Verhältnisse handelte. Jedenfalls kann die Senkungsreaktion zur Feststellung einer Lues congenita nicht herangezogen werden.

F. Landauer-Berlin.

d. Serologie.

Wie ist die Hämolysinreaktion bei der Früh- und Spätsyphilis des Zentralnervensystems zu bewerten?, von A. Memmesheimer, Hautkl. städt. Krankenanst. Essen. (M. m. W., 1925, Nr. 22, S. 893.) Die Hämolysinreaktion Weil-Kafka war bei angeborener Syphilis immer negativ. Ebenso verhielt sich Syphilis I. Die wenigen Fälle positiver Reaktion bei Syphilis II betrafen gerade besonders schwere Fälle mit schwerem Ergriffensein des Zentralnervensystems, trotz be-

Digitized by Google

stehender Hautkrankheiten und teilweise psychischen Erscheinungen, die nicht mehr bloß durch Meningitis erklärt werden können. Einmal fanden sich die Reaktionen bei der Trägerin von Lues III neben starken Liquorveränderungen Jahre nach Überstehen spezifischer Meningitis. Positive Befunde wurden gelegentlich bei Lues latens des Frühstadiums, häufig bei Lues cerebrospinalis und Lues cerebri und in den vom Verfasser so genannten „Übergangsfällen" (gleichzeitige psychische Symptome der Paralyse). Tabes reagierte negativ; ebenso nichtsyphilitische, chronische Nervenkrankheiten, Paralyse in über 50% positiv. Die Malariabehandlung führt bei den Frühparalytikern zu einem, anscheinend z. T. bleibenden Verschwinden der Hämolysinreaktion. Alle Kranken, bei welchen dieses eintritt, zeigten auch sonst bedeutende Besserung. Der Ausfall der Hämolysinreaktion kann also als ziemlich sicheres Prognostikum verwendet werden. Gleichzeitig mit der Hämolysinreaktion gingen auch die übrigen Serumreaktionen zurück. „Von den über 200 Fällen von Früh-, Spät- und Metalues, die wegen ihres Liquorbefundes einer Fieberbehandlung unterzogen wurden, und die keine positive Hämolysinreaktion zeigten, wurde bis jetzt in keinem Falle ein Umschlag der negativen Reaktion in eine positive beobachtet." Die Hämolysinreaktion ist auch bei den akuten Meningitiden als ernstes Zeichen einer schweren Erkrankung aufzufassen. A. v. Notthafft-München.

Wassermannsche Reaktion mit Trockenkomplement („Pharmagans"), von E. Kuznitzky-Breslau. (K. W., 1925, Nr. 19, S. 923.) Ausgiebige Versuche mit dem Trockenkomplement haben gezeigt, daß es bei der Anstellung der Wassermannschen Reaktion nicht imstande ist, das frische Komplement zu ersetzen.
E. Langer-Berlin.

Über die Verwendbarkeit des Cholesterins zu serologischen Zwecken, von A. Klopstock. (Kl. W., 1925, Nr. 21, S. 1023.) Durch eine bestimmte Versuchsanordnung ist es dem Verf. gelungen, „die Reaktionsfähigkeit von Organextrakt-Antiseris und Lezithin-Antiseris gegenüber Cholesterin festzustellen". Zu diesem Zwecke waren geeignete Cholesterinemulsionen notwendig, die sich in hinreichender Konzentration dosieren ließen und zur Komplementbindung und Flockungsreaktion brauchbar waren. Die Cholesterinemulsion wurde hergestellt, indem zu 5 Teilen kochendem destilliertem Wasser 1 Teil einer 1%igen alkoholischen Cholesterinlösung tropfenweise zugesetzt wurde. Darauf Filtrierung dieser heißen homogenen Emulsion zur Befreiung von groben Partikeln. Auf diese Weise erhält man ein auch beim Abkühlen stabiles Cholesterinsol. Die Komplementbindung wurde vorgenommen, indem gleiche Teile dieser Cholesterinlösung oder ihrer Verdünnung in destilliertem Wasser mit gleichen Teilen eines zehnfach in 1,7%iger Kochsalzlösung verdünnten Meerschweinchenserums gemischt wurden. Für die Ausflockungsreaktion wurde zu 2 Teilen des in 1,2%iger Kochsalzlösung verdünnten Serums 1 Teil der Cholesterinlösung zugesetzt. E. Langer-Berlin.

Zur Serodiagnostik der Syphilis. Erfahrung mit der neuen Ausflockungsreaktion nach Sachs, Klopstock und Ohashi, unter Angabe einer Mikromethode, von Siegfried Levy, Univ.-Kinderklin. Frankfurt a. M. (M. Kl., 1925, Nr. 25, S. 932—934.) Die neue Reaktion steht der SGR nicht nach, gibt eher noch bessere Resultate. Es wird eine Mikromethode angegeben, die es ermöglicht, auch mit kleinsten Mengen Serum (0,05 ccm) die Reaktion anzustellen.
E. Levin-Berlin.

Die Ausflockung des DM-Extraktes durch luetische Sera im Vergleich zu den Resultaten der Wassermannschen Reaktion, Sachs-Georgischen Reaktion und Meinicke-Trübungsreaktion, von E. Meinicke. (M. m. W., 1925, Nr. 15, S. 599.) Der Artikel bezieht sich auf die in dieser Wochenschrift wiedergegebene Arbeit Hohn. Meinicke gibt zu, daß das Höchstmaß an positiven Reaktionen bei Syphilitikern nur durch die Verbindung von WR mit einer der Ersatzmethoden erreicht werden kann. Das gilt aber nur für eigens hierfür eingerichtete Laboratorien. In den Krankenhäusern, wo die Kostenfrage zu berücksichtigen ist, kann nur eine Reaktion angestellt werden, und zwar die MTR bzw. die M-Mikroreaktion. Das gelegentliche trügerische Fehlergebnis derselben wird weit wettgemacht, wenn man grundsätzlich alle Kranken auf Lues untersucht. A. v. Notthafft-München.

Vergleichende Untersuchungen über Harzkolloidreaktionen im Liquor cerebrospinalis, von A. Marchionini, Univ.-Kinderkl. Leipzig. (D. m. W., 1925, Nr. 23, S. 939.) Die Harzkolloidreaktionen übertreffen die Goldsolreaktion durch die Einfachheit und Sicherheit der Herstellung eines geeigneten Gebrauchssols. Hin-

Digitized by Google

sichtlich differentialdiagnostischer Genauigkeit stehen die Mastix- und Schellackreaktion hinter der Goldsolreaktion zurück. Die Benzolreaktion kommt ihr gleich. Die Mastixreaktion gestattet als einzige die Unterscheidung von Meningitis tuberculosa und M. purulenta. Bei letzterer findet sich in 3—4 Röhrchen eine starke Ausfällung, bei M. tuberculosa ist die Ausfällung schwach und auf 1—2 Röhrchen beschränkt. Die Schellackreaktion ermöglicht sofort nach der Mischung eine qualitative Entscheidung über normalen und pathologischen Liquor. Sämtliche Harzkolloidreaktionen zeigen beginnende Lues nervosa früher als die WR an und werden nach erfolgreicher Behandlung später als die WR negativ.

F. Harry-Wiesbaden.

e. Therapie.

Zur Behandlung der Lues der Phthisiker, von H. Deist-Schömberg b. Wildbad. (Fortschr. d. Ther., 1925, H. 9, S. 280.) Verf. will zu der alten Frage: „Wie behandelt man einen Phthisiker, der nebenbei eine seropositive Lues hat?" Stellung nehmen. Die Behandlung der Lungensyphilis schaltet er in seinem Artikel aus. Aus dem Vergleich der Literaturergebnisse mit den eigenen, an 6 Krankengeschichten illustrierten Erfahrungen ergibt sich folgendes: Hat man unter Verwendung vor allem der Meinickeschen Trübungsreaktion das Bestehen einer Lues neben einer Tuberkulose festgestellt, so darf man nur dann zur antisyphilitischen Behandlung schreiten, wenn die Tuberkulose noch nicht zu weit vorgeschritten ist, kein Kachexie besteht und höchstens erst subfebrile Temperatur. Das Antisyphilitikum ist nach Verf. ganz gleich, auf jeden Fall sehr vorsichtig, etwa zweimal pro Woche 0,1, dann 0,15 bis höchstens 0,3 N. S. unter genauester Rücksicht auf Allgemeinbefinden und allerkleinste Temperatursteigerungen. Gesamtmenge 3—4 g N. S. Bei Hg-Behandlung entsprechend: vorsichtige Dosierung und größere Intervalle. Jedenfalls keine kombinierte Hg-Salvarsantherapie, sondern nur eins von beiden. Auch keine gleichzeitige Extrabelastung durch Tuberkulin oder Ektebin usw. Herdreaktionen sind auf jeden Fall zu vermeiden, nur innerlich Jod wird neben der Injektionskur gut vertragen. F. Jacobsohn-Berlin.

The Mechanism of Toxic Action of Arsphenamin on the Heart (Der Mechanismus der toxischen Wirkung des Arsphenamin auf das Herz), von W. D. Reid-Boston. (J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, Nr. 12, S. 883.) Durch elektrokardiographische Studien ließ sich über die ziemlich unbekannte Wirkungsweise des Arsphenamin auf das Herz einige Klarheit verschaffen. Die an 11 Fällen angestellten Untersuchungen mittels Elektrokardiogramm ergaben eine Verlängerung der periodischen Kontraktionen und eine Verkürzung der refraktären Phase. Diese Veränderungen werden natürlich bei einem kranken Herzen noch stärker ausgesprochen sein und sich in Tachykardie, Arythmie und ventrikulären Zuckungen äußern können. Wegen dieser für das kranke Herz bestehenden Gefahren wird man bei der spezifischen Behandlung von Patienten mit syphilitischen oder anderen Herzerkrankungen mit der Salvarsanbehandlung sehr vorsichtig sein müssen und sie lieber durch die Wismuttherapie ersetzen. B. Peiser-Berlin.

Über hämorrhagische Diathesen und aplastische Anämie bei Syphilisbehandlung, von J. Citron und H. Hirschfeld, II. Med. Klin. Charité Berlin. (M. Kl., 1925, Nr. 22, S. 805—808.) Ein mit Neosalvarsan behandelter Fall nahm einen günstigen Verlauf, während ein anderer, in dem gleichzeitig Bismogenol verabfolgt worden war, letal endete. Der schwere Verlauf war anscheinend eine Folge der kombinierten Schädigung. Die meisten einschlägigen Fälle beruhen auf Salvarsan, und zwar übt die eigenartige Salvarsankonstitution, nicht das Arsen als solches, die Schädigung aus. Eine besondere Disposition der betroffenen Individuen ist anzunehmen. E. Levin-Berlin.

Die Chromodiagnostik der Leberfunktion, von G. Lepehne-Königsberg i. Pr. (M. Kl., 1925, Nr. 26, S. 954—956.) Eine wesentliche Vervollkommnung der bisherigen Methoden bietet die Einspritzung von Tetrachlorphenolphthalein, 5 mg pro Kilogramm Körpergewicht. Beim Lebergesunden findet sich eine Stunde nach der Einspritzung kein Farbstoff mehr im Blut, da die Leber ihn eliminiert hat. Erkrankungen der Leber führen zu Retention eines mehr oder weniger großen Prozentsatzes des eingespritzten Tetrachlorphenolphthaleins. Es bietet sich hier ein Weg zur Feststellung beginnender oder latenter Lebererkrankungen, die z. B. Fort-

Digitized by Google

führen einer Salvarsanbehandlung verbieten würden, sowie Kontrolle über Ausheilungsfortschritte nach vorangegangener Lebererkrankung. E. Levin-Berlin.

Über kombinierte Casbis-Salvarsanbehandlung der Syphilis, von H. Pohlmann, Dermatolog. Univ.-Kl. Frankfurt a. M. (D. m. W., 1925, Nr. 20, S. 823.) 40 Patienten, davon 22 mit floriden Erscheinungen des Sekundärstadiums, 15 im Stadium der Latenz und 3 im Spät- oder Frühstadium, wurden kombiniert mit Casbis (15,0 ccm) und Silbersalvarsan (3,5—4,0 g) behandelt. Die Wirkung auf die Erscheinungen der sekundären Lues war kräftig und gut. Die kumulierende Wirkung des Bi war unschädlicher als die des Hg. In 19 Fällen wurde die WR negativ, 6 Fälle blieben positiv, 3 Fälle zeigten eine schwachpositive WR, die übrigen behielten ihre negative Reaktion. Was die Nebenerscheinungen bei der kombinierten Kur betrifft, so traten häufiger, als es sonst bei reiner Salvarsan- oder Casbiskur der Fall war, Nierenschädigungen und Salvarsanexantheme auf. Anscheinend stellen die Mischkuren zu hohe Anforderungen an den Organismus. Ein weiterer Nachteil der kombinierten Kur ist die lange Dauer derselben. Die kombinierte Wismut-Salvarsanbehandlung bietet nach den Erfahrungen der Frankfurter Klinik keine Vorzüge vor der reinen Salvarsankur bzw. in Fällen von Arsenüberempfindlichkeit vor einer reinen Wismutkur mit Casbis.

F. Harry-Wiesbaden.

Über Spirobismolbehandlung der Spätsyphilis, von E. Morgenstern-Bad Tölz. (M. m. W., 1925, Nr. 18, S. 730.) 8 Fälle. Die Resultate waren günstig. Das Mittel wurde gut ertragen. Wegen der günstigen Einwirkung auf das Allgemeinbefinden und das Körpergewicht empfiehlt es sich vor allem auch bei maligner Lues. Über die WR wurden keine Untersuchungen angestellt. Für renitente Spätformen empfiehlt sich die Kombination: Salvarsan, Jod und Spirobismol.

A. v. Notthafft-München.

Erfahrungen mit Bismosalvan (Richter), von Z. Berger-Turin (Italien). Gyógyászat, 1925, Nr. 20.) Die spirillozide Wirkung des Bismutpräparates hängt nicht von der Menge des Bismutgehaltes ab, sondern nur von der chemischen Konstruktion des Präparates. Nach 20 Stunden fängt die Ausscheidung an und hält 24—30 Tage an. Die WR wurde auch in positiven Fällen nach 12 Injektionen negativ. Komplikationen wurden keine beobachtet. Die Injektionen sollen tief gemacht werden. Unangenehme Nebenerscheinungen wurden nur dann beobachtet, wenn die Dosierung oder die Anwendung nicht richtig gewesen war. Vor der Anwendung soll das Präparat auf 2—3 Minuten in heißes Wasser gelegt werden. Bismosalvan ist ein Bi-Jod-Chininpräparat. M. Porosz-Budapest.

Bismutbehandlung mit Protein kombiniert, von J. Frey-Budapest. (Gyógyászat, 1925, Nr. 14.) Der Verf. verabreichte 90 Patienten Injektionen mit Aquobin (Bi-Metall in physiologischer Kochsalzlösung). Er gab 2 ccm intramuskulär (in 1 ccm ist 0,10 cg Bi). Bei schlechtem Fortschritt der Heilung injizierte er mit 5—10 ccm Ziegenmilch. Die hervorgerufene Reaktion bewirkte eine Beschleunigung der Heilung. Kasuistik von 12 Fällen. Die Kur dauerte 4—8 Wochen, und es wurde 2—3 g Bi angewendet. Die Ausscheidung wurde im Urin kontrolliert. Die Depots wurden mit Röntgen beobachtet, und der Schatten verschwand in 24—36 Stunden. Keine Komplikationen, nur nach 4—6 Injektionen beklagten sich die Pat. über Obstipation. WR war in 70% schon während der Kur, 30% nach der Beendigung in 3—4 Wochen „ganz sicher" negativ. M. Porosz-Budapest.

Recherches sur la perméabilité méningée au bismuth. Contribution à l'étude des rapports entre la présence de médicaments dans le liquide céphalorachidien et leur action sur le système nerveux (Untersuchungen über die Durchlässigkeit der Meningen für Wismut. Beitrag zum Studium der Beziehungen zwischen der Gegenwart von Medikamenten in der Zerebrospinalflüssigkeit und ihrer Wirkung auf das Nervensystem), von S. Katzenelbogen, Med. Kl. Genf. (Schweiz. m. W., 1925, Nr. 21, S. 458—461.) Die Durchlässigkeit der Meningen ist für verschiedene Substanzen eine verschiedene, für Jod, Quecksilber, Arsen besteht sie nicht (scheint also für die Wirksamkeit nicht erforderlich zu sein), für Wismut sind die bisherigen Mitteilungen über diesen Punkt widersprechend. Es wurden in 27 Fällen 32 Untersuchungen vorgenommen (22 nach der Methode von Léger-Aubry, die Fehlerquellen enthält, 10 nach der Methode von Jähnke und Schäcker). Behandelt wurden die Fälle mit Néotrépol und Oléo-Bi intramuskulär, die Punktion erfolgte in 15 Fällen zwischen 3 und 20 Stunden, in 12 Fällen 24 Stunden

Digitized by Google

nach der Einspritzung. Die Ergebnisse waren sämtlich negativ, obwohl die angewendeten Methoden als sehr sensibel bezeichnet werden können. Die Wirksamkeit des Wismuts wird dadurch nicht herabgesetzt, und man kann schließen, daß die Wirkung einer Substanz auf die nervösen Elemente des Hirn-Rückenmarks nicht durch die Anwesenheit dieser Substanzen in der Zerebrospinalflüssigkeit bedingt ist.

E. Levin-Berlin.

Traitement intra-arachnoidien des affections métasyphilitiques et ses bases expérimentales (Die endolumbale Behandlung der metaluischen Krankheiten und ihre experimentelle Grundlagen), von G. Marinesco und Draganesco. (Presse méd., 1925, Nr. 9, S. 130.) Nach einer ausführlichen theoretischen Begründung der Unwirksamkeit der antisyphilitischen Allgemeinbehandlung bei den metaluischen Erkrankungen wird für diese die endolumbale Behandlung in der Methode von Gennerich als die wirksamste empfohlen. Die Verff. selbst haben seit 1½ Jahren 34 Fälle von zentralnervösen syphilitischen Erkrankungen damit behandelt. Bei 5 Tabespatienten fanden sie neben der Besserung der biologischen Reaktionen die Verminderung der ataktischen und Wurzelschmerzsymptome. Bei 3 Optikusatrophien eine erhebliche Besserung des Visus. Bei 2 anderen, wo die Störung schon sehr lange bestand, kein Resultat. Bei 7 Fällen von Lues cerebri klinische und parallel damit liquorologische Besserung (bei 5 Fällen auch Verschwinden der Kolloidreaktion). Bei 17 Fällen von Paralyse 6 Remissionen bis zur Wiederausübung des Berufs, bei 5 eine zufriedenstellende Besserung, bei 2 eine nur vorübergehende Besserung, bei 4 Fällen kein Resultat. Es folgen dann Versuche, die angestellt worden sind, um der endolumbalen Behandlung experimentelle Grundlagen zu geben. Es wurden in der Agonie mittels der Doppelpunktionsmethode von Gennerich 5—10 ccm Eisenammonioniumzitrat endolumbal injiziert. Die Untersuchung der Schnittpräparate an der Leiche mittels der Berliner-Blau-Reaktion ergab eine intensive Färbung des Rückenmarks, der Nervenwurzeln, der Gehirnbasis, des Nervus opticus, des Bulbus olfactorius und selbst eines Teiles der Konvexität. Die Verfasser schließen daraus, daß die Medikamente, die man endolumbal injiziert, auch wirklich an das Nervensystem gelangen. (Gennerich hat schon 1923 versucht, durch die endolumbale Einverleibung von Ferrozyankalium an der Leiche den Beweis zu bringen, daß das Salvarsan an das Nervenparenchym herandringt. Ref.)

A. Wittgenstein-Berlin.

Einiges über die Gennerichsche Endolumbalbehandlung, von U. Müllern-Aspegren-Stockholm. (M. m. W., 1925, Nr. 21, S. 849.) 400 endolumbale Salvarsanbehandlungen, darunter 53 nach der Doppelpunktionsmethode. 44 Kranke. Die Methode sei, wenn sie genau nach der Gennerichschen Vorschrift gemacht wird, ungefährlich. In einzelnen Fällen von Erkrankungen des Zentralnervensystems kam es zunächst zur Steigerung lanzinierender Schmerzen, Erbrechen, Harnretention, apoplektiformem Anfall, Status epilepticus. Meningismus zeigte sich nach endolumbaler Behandlung viel seltener als nach gewöhnlicher Lumbalpunktion. Die erzielten Ergebnisse der Behandlung waren sehr günstig, am geringsten noch bei progressiver Paralyse. Im Liquor kommt es oft zu einem förmlichen Leukozytensturz. Auch die WR vermindert sich ziemlich rasch. Am langsamsten beginnt der Rückgang bei der Globulinreaktion; sie kehrt aber rascher zur Norm als die Zellenzahl. Müllern schlägt die endolumbale Behandlung vor: 1. bei Meningitis, wenn die Infektion mehr als ein Jahr zurückliegt; bei kürzerem Bestand nur, wenn die endovenöse Behandlung im Stich gelassen hat, 2. bei Zerebrospinallues und Tabes, wenn noch meningitische Liquorveränderungen da sind oder wenn die endovenöse Behandlung versagt, 3. bei Paralyse, wenn die Malariabehandlung nicht durchgeführt werden kann. A. v. Notthafft-München.

Fortschritte in der endolumbalen Behandlung der progressiven Paralyse nach Gennerich, von Theodor Brunner, Sanatorium Küsnacht-Zürich. (Schweiz. m. W., 1925, Nr. 18, S. 390—392.) Die endolumbale Behandlung mit salvarsanisiertem Liquor hat eine wesentliche Verbesserung durch die Doppelpunktionsbehandlung erfahren, mit der es gelingt, wirksame Salvarsandosen in den zerebralen Liquorraum hineinzubringen, ohne daß das Rückenmark durch sie geschädigt wird; dadurch können die metaluetischen Prozesse in weit stärkerem Maße als bisher beeinflußt werden. Je frischer die Fälle, desto besser die Chancen. Vorzeitiger Abbruch der Behandlung führt zur rapider Verschlechterung. Von 10 Fällen von Paralyse bzw. Taboparalyse wurden 5 berufsfähig, 3 weitgehend gebessert und

Digitized by Google

völlig sozial, 2 unbeeinflußt. Mit der endolumbalen Behandlung muß intravenöse Salvarsanbehandlung, abwechselnd mit Jod und Wismut, kombiniert werden. Bei Tabes Besserung der subjektiven Beschwerden, der Funktion und des Liquor. Auf ungefähr 150 Behandlungen entfiel 1 Todesfall; in 3—5% der Fälle vorübergehende spinale Irritationen; bei den ersten Behandlungen bisweilen Herxheimersche Reaktion in Gestalt von Krampfanfällen, akuter Vertiefung des Krankheitsbildes, die aber vorübergehend ist. Würde in allen Fällen von Lues der Liquor kontrolliert und bei Veränderungen endolumbal behandelt, so ließe sich dadurch der Ausbruch der Metalues verhindern. E. Levin-Berlin.

Die Malariabehandlung im Frühstadium der Syphilis des Zentralnervensystems, von F. Bering, Städt. Krankenanst. Essen. (M. m. W., 1925. Nr. 18. S. 719.) 179 Kranke aller Stadien. Keine unangenehmen Zwischenfälle. Kave Herzkranke! Bei älteren Personen Digitalisierung! Kontrollpunktionen erst nach 3 Monaten! Gefahr für die Umgebung besteht nicht. Sämtliche kranke Liquores wurden günstig beeinflußt, einige völlig ausgeheilt. Mit der Besserung des Liquorbefundes geht die klinische Besserung einher. Je jünger die Erkrankung des Zentralnervensystems ist, um so günstiger ist die Beeinflussungsmöglichkeit. Das Schwanken der Liquorreaktionen gewährt aber noch günstige Aussicht auf vollständige Heilung der Syphilis und den Nichteintritt metasyphilitischer Prozesse.
A. v. Notthafft-München.

Haemoglobinuria Following Malarial Treatment of Quaternary Syphilis (Hämoglobinurie nach Malariabehandlung bei quarternärer Syphilis), von M. Rudolf-Claybury. (Brit. m. J., 1925, Nr. 3360, S. 964.) Ein in der Irrenanstalt in Behandlung stehender 56jähr. Patient erhielt eine subkutane Injektion von Plasmodium vivax in definiertem Blut subkutan und machte daraufhin 9 Fieberattacken durch. Im weiteren Verlauf erhielt er in angemessener Verteilung 12 g Chininum bisulfuricum und 6 Injektionen von Neokharsivan. Nach meistenteils fieberfreiem weiteren Verlauf stieg am 88. Tage nach dem letzten Fieberanfall die Temperatur ohne eigentlichen Schüttelfrost auf 39,8°, und am Tage darauf wurde Urin von fast schwarzer Farbe entleert, der aber in den folgenden Tagen allmählich zur Norm zurückkehrte. Der Urin enthielt zeitweilig neben roten Blutkörperchen auch Bazillen, aber keine tuberkulösen Elemente. Verf. bespricht die Möglichkeit, daß es sich hierbei um Schwarzwasserfieber gehandelt haben könne, schließt aber die Diagnose zugunsten der paroxysmalen Hämoglobinurie aus. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ulcus molle, Venerisches Granulom.

Can Normal Persons be Carriers of the Ducrey Bacillus? (Können gesunde Personen Träger des Streptobazillus sein?), von C. S. Sealhof-Chicago. (J. of Urology, 1925, Bd. 13, Nr. 4, S. 485.) Man dachte früher, daß der Streptobazillus, der Urheber des Schankers, nur bei Kranken vorkommt. Es ist ein gramnegativer Streptokokkus, der vom Verf. in 8,6% bei 26 untersuchten gesunden Männern und in 12,6% bei 38 untersuchten gesunden Frauen gefunden wurde. Bruck, der 2 Soldaten mit Schanker behandelte, und die beiden Frauen, die diese angesteckt hatten, untersuchte, fand zum ersten Male zu seinem Erstaunen bei diesen keinerlei Verletzungen oder Ulkus, aber kulturell den Streptobazillus in Reinkultur auf der Platte. So ist also der gesunde Mensch nicht selten Träger dieser Bazillen, die den Schanker hervorrufen können. A. Rosenburg-Mannheim.

Treatment of Chancroid with Tartar Emetic Solution Intravenously (Behandlung des Schankers mit intravenöser Verabreichung von Brechweinsteinlösung), von H. Goodman-New York. (J. of Urology, 1925, Bd. 13, Nr. 4, S. 489.) Neben lokaler Behandlung mit Quecksilberchlorid (1:8000) werden intravenöse Injektionen von Brechweinstein in einer Lösung 1:100, und zwar 5 ccm empfohlen, die jeden 2. Tag oder in schwächeren Fällen jeden 5. Tag wiederholt werden. Es sollen mindestens 4 und höchsten 8 Injektionen gegeben werden. Die Dosis kann bei jeder Injektion um 1 ccm gesteigert werden, jedoch nicht mehr als 12 ccm auf einmal Es wurde nur hin und wieder ein nach der Schulter ziehender Schmerz in dem Arm, in den die Injektion verabreicht worden war, beobachtet, sonst nie Beschwerden, nie Erbrechen. A. Rosenburg-Mannheim.

Zur Kenntnis der Lymphogranulomatose inguinale subaiguë, von V. Tschirky, Dermatol. Univ.-Klin. Basel. (Schweiz. m. W., 1925, Nr. 19, S. 414—417.)

Digitized by Google

Bei einem Manne im geschlechtstätigen Alter, 3—4 Wochen nach einem Koitus, Drüsenschwellung in der linken Leiste, die 4 Wochen später unter starken Allgemeinerscheinungen zunimmt und schmerzhaft wird. Vorübergehende Läsion (roter Fleck mit herpesartigem Bläschen und kleinem Ulkus) im Sulkus, Spirochäten und Streptobazillen negativ. In der tumorartig zunehmenden Leistendrüsenschwellung Pseudofluktuation, stellenweise Einschmelzung mit Abfluß von sterilem Eiter, multiple Fistelbildung mit starker seröser Sekretion, Heilung erfolgte durch intravenöse Einspritzung von Tartarus stibiatus. Übersicht über die bisherigen, ausschließlich aus Frankreich stammenden, Veröffentlichungen über die Erkrankung, die klinischen, histologischen, bakteriologischen Befunde, Differentialdiagnose, Therapie. E. Levin-Berlin.

Blennorrhoe.

a. Ätiologie.

Milieu au blanc d'oeuf pour la culture du Gonocoque (Eiweißnährboden für die Gonokokkenkultur, von Le Soudier und J. Verge. (Compt. rend. de Soc. de Biologie, 1925, Bd. 92, Nr. 4, S. 227.) Ein Teil Weißei, sorgfältig von allen Bestandteilen befreit, wird mit 3 Teilen Aqua dest. vermischt, mit Glasperlen geschüttelt, bis eine homogene Emulsion entsteht. 100 ccm eines Filtrates werden 6 ccm Glycerin. pur. hinzugesetzt. 30 Minuten sterilisiert bei 115°, entsteht eine visköse, leicht opaleszierende Emulsion. Ein Teil dieser Emulsion wird mit 2 Teilen noch flüssiger, frisch bereiteter Gelose zusammengemengt, und nun läßt man den Nährboden erstarren. Die Gonokokken entwickeln sich nach 48 Stunden in Form kleiner, zarter, transparenter Kolonien. Noch nach 10 Passagen sind die Qualitäten der Bakterien unverändert erhalten, die Vitalität bis zu 113 Tagen. Auch für Meningokokken und Tuberkelbazillen hat sich der Nährboden bewährt. M. Gumpert-Berlin.

Zur Frage der Immunität bei der Gonokokkeninfektion, von H. Thaler. (W. m. W., 1925, Nr. 18, S. 1070.) Verf. glaubt in einem mitgeteilten Fall eine Immunität gegen Gonokokken beobachtet zu haben. Und zwar handelte es sich um eine blennorrhoische Gravida mit frischer Blennorrhoe der Urethra und Zervix und einem blennorrhoischen Abszeß der Bartholinischen Drüse. Im eitrigen Fruchtwasser massenhaft Gonokokken. Trotzdem weder ein Aszendieren der Blennorrhoe, noch ein Befallensein der kindlichen Konjunktiven, die mit dem blennorrhoisch infizierten Fruchtwasser in Kontakt gewesen waren. Verf. sieht hierin das Auftreten einer Immunität bei Mutter und Kind, indem weniger eine Resistenz gegen den Gonokokkus selbst, der noch weiterhin in Scheide und Urethra gewissermaßen saprophytär nachgewiesen werden konnte, als gegen seine „krankmachende Aggressivität" erzielt wurde. Ähnlich könnte man die Löserschen Vakzinationen mit lebenden Gonokokken als einen spezifischen Immunisierungsvorgang ansehen. Therapeutisch möchte Verf. empfehlen, zumal er glaubt, daß auch der geschlossene Bartholinische Abszeß als Ausgang eines Immunisierungsprozesses angesehen werden kann, blande Abszesse durch Injektion eitererregender Stoffe zu erzeugen, die sekundär mit Gonokokken beimpft werden sollen. Ein derartiger künstlicher gonokokkenhaltiger Abszeß dürfte einen zur Immunisierung geeigneten Herd bilden. E. Langer-Berlin.

Über ein neues Hilfsmittel zur Diagnose der weiblichen Gonorrhoe, von Danin, Univ.-Frauenkl. Freiburg i. Br. (M. m. W., 1925, Nr. 18, S. 717.) Bei der Virgo und der gesunden geschlechtsreifen nichtschwangeren und bei der schwangeren Frau ist die Reaktion des Scheidensekretes von Hause aus eine ausgesprochene stark saure. Bei den Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsteile, ausgenommen bei Endo- und Perimetritis (wie weitklaffendem äußeren Muttermund), die nicht auf den Mann übertragbar sind, behält das Scheidensekret seine saure Eigenschaft. Diese Reaktion entspricht dem 1. und 2. Reinheitsgrad Heuerlins. Bei dem frischen und veralteten Gebärmutterhalstripper ist die Reaktion des Scheidensekretes schwach sauer, neutral oder gelegentlich selbst alkalisch. Das entspricht dem 3. und 4. Reinheitsgrad. Stellt man innerhalb der Scheide die Reaktion des Sekretes fest, so gewinnt man damit ein Kontrollmittel für die auf bakteriologischem Wege gestellte Diagnose: 1. Bei ausgesprochen saurer Reaktion kann die Anwesenheit von Gonokokken mit ziemlicher Sicherheit ausgeschlossen werden. Fällt auch die

Digitized by Google

mikroskopische Untersuchung negativ aus und bleibt bei mehrmals wiederholter Untersuchung (ausgenommen ein paar Tage vor und nach der Regel) die Reaktion sauer, so liegt kein Tripper vor. 2. Bei anderer Reaktion kann Blennorrhoe bestehen. Bei Verdacht auf solche ist dann mikroskopisch auf Gonokokken zu fahnden. Nach gefundener Blennorrhoe läßt sich die Heilung einfacher als durch beständige Gonokokkenkontrolle durch fortlaufende Prüfung der Reaktion des Sekretes feststellen. Den Schluß macht wieder die Gonokokkenuntersuchung.

A. v. Notthafft-München.

b. Pathologie und Klinik.

Über Arthritis gonorrhoica beim Säugling, von K. Wahlberg, II. Chir. Abt. Allg. Krkhs. Eppendorf-Hamburg. (M. m. W., 1925, Nr. 19, S. 770.) 2 Fälle. Wahrscheinlich entstand die Gonokokkensepsis von den Augen aus.

A. v. Notthafft-München.

Wie aszendiert die Blennorrhoe bei Frauen, von H. Rotter-Budapest. (Therapia, 1925, Nr. 4.) Da bei Vulvovaginitis blennorrhoica der Kinder nie ein Aszendieren auftritt, folgerte Verf., daß dieses nur durch den Beischlaf hervorgerufen werden kann. Er mischte die Spermatozoen des Ejakulats auf dem Objektglas mit feinem Ruß oder Tusche und mit Bacillus subtilis und beobachtete, daß diese korpuskulären Elemente an dem Sperma ankleben und auch während der Fortbewegung haften bleiben und fortgeschleppt werden. Als praktische Konsequenz ergibt sich die absolute Abstinenz der Frauen, die an einer Vaginitis, Zervizitis usw. leiden.

M. Porosz-Budapest.

c. Therapie.

Aussichten der persönlichen Blennorrhoevorbauung, von G. Nobl, I. Abt. f. Hautkrkht. u. Syphilis, Allg. Polikl. Wien. (W. m. W., 1925, Nr. 18, S. 1035.) Bei der Prophylaxe der Blennorrhoe handelt es sich lediglich darum, eine verhältnismäßig geringe Menge infektionstüchtiger Keime in ihrer Entwicklung zu hemmen und sie zu beseitigen. Es kommt dabei nicht so sehr auf die Wahl eines bestimmten Mittels an, als auf seine sinngemäße Verwendung. Am besten hat sich immer noch das Arg. nitric. bewährt, aber auch eine Reihe anderer älterer und neuerer Präparate sind empfehlenswert und werden zum Teil ohne Anspruch auf Vollständigkeit vom Verf. aufgezählt. Erwähnt sei hier noch für die Therapie der Satz des Verf.: „Die sog. Desinfektionskraft der Mittel bildet nicht die Hauptkomponente ihrer Wirksamkeit, wenn auch diese zweifellos im kurativen Sinne zur Äußerung gelangt. Von jeher ist in der Blennorrhoebehandlung die nährbodenverschlechternde Komponente der Heilmittel im Auge behalten worden." Gerade unter diesem Gesichtspunkt hat man neuerdings versucht in der Blennorrhoebehandlung neue Wege einzuschlagen.

E. Langer-Berlin.

Die Vakzinetherapie der weiblichen Gonorrhoe, von E. Schwab, Allg. Krkhs. Barmbeck-Hamburg. (M. m. W., 1925, Nr. 19, S. 767.) Empfehlung des Kalleschen Resantins, einer nicht verderblichen polyvalenten Gonokokkenvakzine. Material: 50 Fälle. Indikation: immer. Ausgenommen: fieberhafte und kachektische Zustände. Art der Darreichung: endovenös, i. D. alle 2 Tage. Allmähliche Steigerung der Dosis. Für Fälle von hartnäckig-positivem Gonokokkenbefund: intramuskuläre Traubenzuckergonokokkenvakzine (Kalle). Wirkungsweise: Als Nebenwirkung (Allgemeinreaktion) kommt es zu einem kurz dauernden Fieber; der Eintritt desselben ist im Interesse des Erfolges sogar erwünscht. Sonst keine ernstlicheren Störungen. Bei den Komplikationen auch Herdreaktionen. Die Wirkung ist aber nur eine „gonozide". Die Komplikationen müssen auch lokal behandelt werden. Von den 50 Kranken wurden 47 mit durchschnittlich 5—6,8 Injektionen innerhalb durchschnittlich 21—64 Tagen geheilt. Die üblichen lokalen Zervixbehandlungen sind schädlich und sollten nur für gewisse Fälle vorbehalten werden.

A. v. Notthafft-München.

Gonorrhoebehandlung mit Targesin, unter besonderer Berücksichtigung der Rektalgonorrhoe, von B. Schapiro. Derm. Abt. Inst. f. Sexualw. Berlin. (M. Kl., 1925, Nr. 23, S. 859—860.) Gerühmt wird die Reizlosigkeit und Entzündungswidrigkeit des Präparates. Zur Anwendung kamen 4 5%ige Lösungen, ferner Spülungen 1:500 bis 1:200. Akuter Tripper war im allgemeinen nach 8—10 Tagen gonokokkenfrei; Heilung nach weiteren 2—3 Wochen. Bei Frauen für die

Digitized by Google

Harnröhre 6—10%ige Lösung, für die Zervix 15—20%ige Tampons. Bei Rektalblennorrhoe zweimal täglich Spülungen von 100—200 g einer 5—10%igen, auch 15%igen Lösung; von der dritten Woche an danach Einführung von fingerlangen und -dicken Tampons mit 10—20%iger Lösung, die mehrere Stunden liegen bleiben. E. Levin-Berlin.

Über die lokale Behandlung der Harnröhrengonorrhoe mit Silberglykosiden (Neoreargon), von E. Klausner und W. Wiechowski, Pharmakolog. Inst. d. Deutsch. Univers. Prag. (D. m. W., 1925, Nr. 22, S. 901.) Neoreargon ist eine Antrachinonglykosidsilberverbindung mit einem Gehalt von 15% Silber und 63% Antrachinonglykosiden. Das Metall ist in der Verbindung in Form eines komplexen Jons enthalten, das in wäßriger Lösung mit Chlorid leicht abdissoziiert wird. Neoreargon hat sich ebenso reizlos und schmerzlos wie Reargon (! der Ref.) erwiesen. Infolge der weit höheren Konzentration an Silberionen bringt es die Gonokokken rascher als Reargon zum Verschwinden. 16 abortiv behandelte Fälle wurden restlos innerhalb von 3—7 Tagen geheilt. Zur Abortivkur eignen sich nur Patienten mit klarer oder fast klarer 1. Urinportion. Menge und Lagerung der Gonokokken haben keinen Einfluß auf die Chancen der Schnellheilung. Erforderlich sind täglich 5 Injektionen der 5%igen Lösung bis zum Schwinden der Gonokokken und 3—7-tägige Nachbehandlung mit 3—4 Injektionen pro Tag. 13 Fälle von Urethritis ant. acuta, subacuta und chronica wurden in 6—20 Tagen geheilt. Nur bei 3 Pat. mit Littréscher Drüseninfektion dauerte die endgültige Heilung 56 und 90 Tage. Zur Behandlung von Urethritis posterior haben sich Druckspülungen mit 0,2%iger Lösung zweimal täglich bewährt. Frauenblennorrhoe wurde mit Neoreargongelatinestäbchen oder 5%iger Lösung erfolgreich behandelt. In die Zervix wurde Neoreargonpulver mittels watteumwickelter Sonden eingebracht. F. Harry-Wiesbaden.

Zur biologischen Behandlung des Scheidenfluors, von H. Hausdorff-Leipzig. (Zbl. f. Gyn., 1925, Nr. 22, S. 1189.) Es wurde versucht, bei Kranken, die einen Tripper überstanden hatten und bei denen trotz dauernder Gonokokkenfreiheit Kolpitis und Fluor immer wiederkehrten, die meist in solchen Fällen bestehende Kokkenflora umzuwandeln in die physiologische Stäbchenflora. Angewandt wurde zunächst das Bazillosan, dann Kulturen von Bacillus vaginalis Döderlein und in einigen Fällen von Bacillus acidophilus. Die Ergebnisse waren wenig befriedigend, so daß Verf. seine Versuche wieder aufgegeben hat, in dem Gedanken, daß es neben der Konstitution krankhafte örtliche Veränderungen sind, die eine normale Scheidenflora nicht aufkommen lassen. F. Landauer-Berlin.

Die unspezifische Reiztherapie, von H. Martius, Univ.-Frauenkl. Bonn. (M. Kl., 1925, Nr. 25, S. 915—919.) Überblick über die Entwicklung der Methode und die allgemeinen Prinzipien ihrer Anwendung. Von Einzelheiten sind zu erwähnen die guten Erfolge (mit Milch) bei Augenblennorrhoe der Erwachsenen und bei sonstigen Komplikationen des Trippers beim Manne, mit Kollargol intravenös und Aolan intramuskulär. Bei Blennorrhoe der Frauen sind die Erfolge nicht gleich gut, ohne energische Lokalbehandlung ist nichts zu erreichen; auch bei Adnexerkrankungen kaum bessere Erfolge als früher. E. Levin-Berlin.

Urogenitalapparat.

a. Allgemeines.

Über eine seltene Harnröhrenmißbildung und über perineale Phlegmonen, von E. Brack, Path. Anat. Inst. Allg. Krkhs. Eppendorf. (Zschr. f. urol. Chir., 1925, Bd. 17, H. 5 u. 6, S. 272.) Verf. beobachtete bei einem 30jähr. Manne eine 17 cm lange Doppelbildung der Harnröhre, die nur bis in die Corpora cavernosa reichte. 7 Wochen nach einem verdächtigen Koitus bemerkte Pat. einen gelblichen Ausfluß aus der Urethra, der auf Injektionen, Instillationen und Bougieren sich wenig besserte, worauf nach ungefähr einer Woche ein 8 cm langer, gänsefederkieldicker, parallel zur Harnröhre verlaufender, aber nicht mit ihr kommunizierender Gang festgestellt wurde. Es erfolgt dann der Exitus, nachdem sich in den 3 letzten Lebenstagen noch ein Ulkus an der Penisspitze gebildet hatte. Deshalb war auf eine Infektion der Corpora cavernosa geschlossen worden und einige Inzisionen am Penis ausgeführt worden. In den letzten beiden Tagen traten schwere septische Erscheinungen mit Ikterus auf. Die Autopsie zeigte dann, daß die Nebenharnröhre

Digitized by Google

völlig verjaucht war und an ihrem Ende die seitlichen Inguinaldrüsen mitinfiziert hatte; die paraprostatischen Plexusvenen zeigten eine eitrig-jauchige Endo- und Panphlebitis, von wo aus die Staphylokokkämie als Allgemeininfektion ausgegangen war. A. Rosenburg-Mannheim.

A Probable Case of Triorchidism (Ein fraglicher Fall von drittem Hoden), von H. G. Holder-New York. (Am. J. of Urology, 1925, Bd. 13, H. 5, S. 555.) Verf. beschreibt einen Fall von drittem Hoden, dem zweiten der Literatur, bei dem in dem dritten Hoden funktionsfähiges Gewebe gefunden wurde und der, wie der erste beobachtete Fall, auch links lag. Der 45jähr. Pat. hatte die Nacht im Luftzuge geschlafen, als er plötzlich Schmerzen in der linken Inguinalgegend spürte, die bald bis zum Nabel nach oben und bis in den linken Fuß ausstrahlten. An ein Trauma kann sich Pat. nicht erinnern. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus waren die Lymphknoten der Leistengegend und des Beines geschwollen. In der Leistenbeuge zeigte sich ein entzündeter Knoten, jedoch keine Fluktuation. Die Entzündung griff nicht bis in den Hoden über, noch über die Mittellinie hinaus. Temperatur 103,2° Fahrenheit, weiße Blutkörperchen 136000, Polymorphkernige 81%, Lymphozyten 13%. Übergangsformen 6%. 24 Stunden nach Aufnahme Inzision, reichlich gelber Eiter. Drainage. Die Phegmone ging jedoch jetzt weiter, griff auf den Penis über, und es mußten in den folgenden Tagen noch mehrere Inzisionen gemacht werden. Hierbei wurde auch ein von Eiter eingebetteter Knoten entfernt, in den ein dem Vas deferens ähnlicher Strang mündete. Die histologische Untersuchung zeigte typisches Nebenhoden- und daneben typisches Hodengewebe, das eine Spermatogenese zeigte. Da klinisch außer diesem Gebilde noch 2 Hoden und 2 Nebenhoden festzustellen waren, so spricht Verf. dieses extirpiertes Gebilde als 3. Hoden an, fügt aber hinzu, daß ihm die klinische Feststellung der beiden Hoden nicht genügt, er deshalb nur von einem „probable" = wahrscheinlichem 3. Hoden spricht. A. Rosenburg-Mannheim.

b. Penis, Urethra, Blase.

Electrotherapeutics in Urology (Elektrotherapie in der Urologie), von V. C. Pedersen-New York. (Med. J. and Record, 1925, Bd. 121, Nr. 9, S. 551—557.) Anwendung der verschiedenen elektrotherapeutischen Methoden bei den verschiedenen Erkrankungen des Urogenitalsystems. Die Elektrotherapie ist nicht absolut unfehlbar. Bei richtiger Diagnose und Indikationsstellung gute Erfolge.
E. Levin-Berlin.

Klinische Beobachtungen und experimentelle Untersuchungen über die Resorptionsfähigkeit der Harnröhren- und Blasenschleimhaut beim Menschen, von O. A. Schwarz-Urol. Abt. Chir. Univ.-Kl. Berlin. (M. m. W., 1925, Nr. 18, S. 737.) Die Alypingefahr ist auf ein Mindestmaß zurückgeführt, wenn man pro ccm 3%iger Lösung 1 Tropfen Adrenalin 1 : 1000 zusetzt. Für die Urethra dürfen keinesfalls 5%ige, sondern nur 3%ige verwendet werden, für die Blase nur 1%ige; doch genügen auch ½%ige Lösungen. A. v. Notthafft-München.

Ein Fall von protrahiertem Priapismus, von K. Laemmle, Landeskrkhs. Carolinenstift-Neustrelitz. (D. m. W., 1925, Nr. 20, S. 827.) Ein 19jähriger Pferdeknecht erkrankte im Anschluß an sein erstes sexuelles Erlebnis nach manuellen Traktationen des Penis und dann verweigertem Koitus an heftiger Erektion, die trotz Umschlägen und Suppositorien nicht zu beseitigen war. Im Krankenhaus wurde Pat. narkotisiert, ohne daß es gelang, die Erektion zu beseitigen. Auch andere Narkotika und hydrotherapeutische Maßnahmen führten zu keinem Ergebnis. Nach 14tägiger konservativer Behandlung wurde Yatren intravenös injiziert. Nach der 2. Injektion trat Besserung, nach der 3. Injektion völliges Zurückgehen der Erektion ein. Verf. läßt unentschieden, ob post oder propter hoc die Heilung erfolgt ist. F. Harry-Wiesbaden.

Congenital Obstruction at the Urethro-Vesical Orifice (Über ein angeborenes Hindernis an der urethralen Blasenöffnung), von W. S. Ehrich. (J. of Urology, 1925, Bd. 13, Nr. 4, S. 471.) Verf. beobachtete bei einem 14jährigen Jungen eine vollständige, chronische, bettnässende und mitunter auch tagsüber bestehende Inkontinenz. Das Kind war zurückgeblieben, machte den Eindruck eines 6- oder 7jährigen; die Haut war blaß und trocken; dabei war das Kind langgeschossen,

Digitized by Google

groß und mager. Es hatte immer schon „schwache Nieren"; das Leiden war aber in letzter Zeit schlimmer geworden. Die Zystoskopie ergab eine große und trabekelhaltige Blase, die Uretermündungen schließen gut. Beim Zurückziehen des Instrumentes fallen neben der geringen Entfernung zwischen innerem Sphinkter und Verumontanum noch zwei seitlich angeordnete Hautfalten auf. Die Zystographie zeigt kein Divertikel, keine Insuffiziens der Ureterenostien, also sind die beiden Falten die Ursache der Störung. Nach mehrwöchigem Dauerkatheter wird durch Sectio alta die Blase eröffnet, die Falten mit Haltenähten gefaßt und mittels Scherenschlag eingekerbt und zur Blutstillung die Haltefäden über den Inzisionen geknotet, so daß jetzt wieder Schleimhaut auf Schleimhaut kommt. Nach 10 Tagen Dauerkatheter Entlassung. Heilung. A. Rosenburg-Mannheim.

Median Bar Formation (Mediane Schrankenbildung), von J. A. Lazarus-New York. (J. of Urology, 1925, Bd. 13, Nr. 4, S. 465.) Mediane Schrankenbildung. Kontraktion des Halses und Fibrose des Blasenhalses sind nur verschiedene Grade eines und desselben Prozesses. Die Infektion der Prostata ist die Vorbedingung dieses Prozesses. Diese mediane Schrankenbildung kann auch ohne Symptome vorhanden sein, sie kann auch eine vorübergehende Erkrankung sein. Dahingegen gehen Kontrakturen des Halses und Fibrose desselben immer mit einem Zunehmen der Symptome einher. Macht diese Schrankenbildung Symptome, so ist die Erkrankung immer mit einer Entzündung des lateralen Sphinkterrandes des Prostataanteiles der Harnröhre verbunden. A. Rosenburg-Mannheim.

Du traitement des gros papillomes de la vessie (Die Behandlung der großen Blasenpapillome), von Jack Mock und Doré. (Med. Paris, 1925, Nr. 18, S. 380 bis 381.) Bei großen Papillomen genügt Elektrokoagulation oder Fulguration nicht; es empfiehlt sich chirurgische Exstirpation mit nachfolgender Fulguration des Stumpfes. E. Levin-Berlin.

Varicose Veins of the Bladder. A Cause of Urinar Hemorrhage (Varizöse Venen in der Blase, eine Ursache einer Hämaturie), von W. S. Pugh-New York. (J. of Urology, 1925, Bd. 13, Nr. 4, S. 455.) Verf. berichtet über einen Fall von Hämaturie, bei dem sich bei der Zystoskopie verbreiterte und geschlängelte Venen in der Blase fanden. In Lokalanästhesie wurde nun die Blase durch Sectio alta eröffnet und die Venen durch Katgutligaturen unterbunden. Dauerkatheter für 10 Tage, suprapubischer Drain für 4 Tage. Heilung.
A. Rosenburg-Mannheim.

Zur Klinik und Statistik der Harnblasentumoren, von F. Fuchs, II. Chir. Univ.-Kl. Wien. (Zschr. f. urol. Chir., 1925, Bd. 17, H. 5 u. 6, S. 277.) Verf. berichtet über 37 Fälle von Blasentumoren (10 Karzinome und 27 Papillome) deren weiteres Schicksal bekannt ist. Von diesen waren 21 Pat. (56,7%) zwei Jahre, 19 Pat. (51,3%) vier Jahre lang beschwerdenfrei. Bei den Papillomen allein waren 70,4% länger als zwei Jahre beschwerdefrei. Es wurde in letzter Zeit meist zuerst mit Hochfrequenzstrom elektrokoaguliert und dann reseziert. Bei 20 sehr weit vorgeschrittenen Fällen wurde zur Sectio alta probatoria gegriffen, um den Pat. etwas Linderung vor den Tenesmen und Blutungen zu schaffen. Diese Fälle starben alle innerhalb eines Jahres, zum Teil unmittelbar nach der Operation. Die Rezidivbildung tritt bei durch Secto alta exstirpierten Tumoren vorwiegend in Form einer diffusen Papillomatose, bei endovesikaler Abtragung mittels Schlinge aber als lokales Rezidiv auf. Die Elektrokoagulation wird bei Papillomen und bei Karzinomen mit papillärer Oberfläche angewandt, um die Gefahr der Impfmetastasen zu vermeiden. Später wird bei gutem Allgemeinzustand die Exstirpation, evtl. die Resektion angeschlossen.
A. Rosenburg-Mannheim.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 51 (Bd. 81) 19. Dezember 1925

Aus der II. Moskauer Hautklinik (Direktor: Prof. Dr. A. Jordan).

Über die Behandlung der Schuppenflechte mit Wismutinjektionen.

Von

S. Michailow, Ordinator der Klinik.

Die Psoriasis vulgaris gehört bis heute zu den Hautkrankheiten, deren Ätiologie nicht geklärt ist und infolgedessen auch noch eines spezifischen Mittels entbehrt. Bei der Häufigkeit ihres Vorkommens und den Plagen, welche sie dem Träger auferlegt, kann es nicht wundernehmen, daß ein jedes Mittel, sei es zum lokalen oder inneren oder subkutanen Gebrauch, falls es eine günstige Wirkung auf Hauterscheinungen ausübt, auch für die Schuppenflechte empfohlen worden ist. In der Literatur finden sich zwei Angaben, daß das bei Syphilis so vorzügliche Wismut auch günstig auf die Psoriasis vulgaris einwirke, nämlich diejenige von Horta Ganns (zit. nach H. Müller, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh., 1923, Bd. 7, S. 289) und von A. Versari (Rif. med., 1924, Jg. 40, S. 562), so daß wir auf Rat von Prof. A. Jordan, dieses nachprüften, trotz des gegenteiligen Urteils hierüber von Alexo (Brazil méd., 1923, Bd. 1, Nr. 8). Wir wandten zu diesem Zweck das russische Präparat Bijochinol, welches 0,02 metallisches Wismut in 1 ccm enthält, bei 25 Fällen von Psoriasis vulgaris verschiedener Dauer und freilich auch verschiedener Ausbreitung an. Das Resultat der Behandlung war folgendes: a) bei zwei Fällen ein völliger Schwund der Erscheinungen, ohne lokale Anwendung irgend eines Mittels, außer gelegentlichen Bädern. Die Krankengeschichten seien in Kürze wiedergegeben:

Fall 1. Nummer der Krankengeschichte 83. Der 20jähr. Mann ist vor 5 Monaten zum erstenmal an Psoriasis vulgaris erkrankt, welche im Augenblick den Rumpf und die oberen wie unteren Extremitäten einnimmt. Auf dem Körper und den oberen Extremitäten handelt es sich um eine Psoriasis vulgaris guttata et nummularis, auf den unteren Extremitäten um eine Psoriasis vulgaris diffusa. WR —, erbliche Anlage zu Tuberkulose. Ord. zweimal wöchentlich intramuskuläre Einspritzungen von je 3 ccm Bijochinol. Krankheitsverlauf: Nach der zweiten Injektion trat eine allgemeine Abblassung der Psoriasisflecke nebst Verminderung der Schuppenauflagerungen auf. Nach 9 Injektionen waren die Flecke bis auf einige wenige auf den Händen, an denen man durch Kratzen eine leichte Schelferung hervorrufen konnte, geschwunden. Nach 11 Injektionen, d. h. Einspritzung von insgesamt 0,61 metallischem Bi, verließ Pat. genesen die Klinik. Die Einspritzungen wurden gut vertragen. Weiteres Schicksal des Kranken bisher nicht bekannt.

Fall 2. Nummer der Krankengeschichte 97. Die 75jährige Frau gibt an, vor 11 Monaten zum erstenmal von dem gegenwärtigen Hautleiden befallen zu sein. Lues wird geleugnet. Bei Aufnahme der Kranken fanden sich bei ihr psoriatische Flecke ausschließlich auf der oberen Brust- und Rückenpartie mit Übergang auf den Hals und

Digitized by Google

die Schultern. Das Symptom der kapillären Blutung ist vorhanden. Im übrigen war die Haut normal und auch sonst alle Organe in Ordnung, die WR aber stark positiv. Der zufällig in Moskau weilende Geh.-Rat Prof. JADASSOHN bestätigte die Diagnose Psoriasis vulgaris. Krankheitsverlauf: Bereits nach zwei Einspritzungen von je 3 ccm Bijochinol schwanden die Hauterscheinungen, so daß die Kranke sich nicht mehr in der Klinik halten ließ. Der Erfolg war so eklatant, daß man aus demselben an eine Spätsyphilis hätte denken können, aber einerseits trug der Ausschlag trotz seiner atypischen Lokalisation alle Merkmale einer Psoriasis vulgaris und andererseits hatte ein eigener Zufall uns die Möglichkeit gegeben, den Fall den angereisten Kollegen JADASSOHN und PINKUS zu zeigen, so daß die positive WR als mit dem Ausschlag nicht in Zusammenhang stehend aufgefaßt werden muß. Eins freilich ist möglich, daß die Wirkung des Bijochinol in diesem Fall so glänzend war, weil die Psoriasis vulgaris sich bei einer latent Syphilitischen fand. Leider hat sich die aus der Provinz stammende Kranke weiter nicht gezeigt.

b) In weiteren 20 Fällen von Psoriasis vulgaris blieb die Wismutbehandlung ohne lokale Behandlung mehr oder weniger ohne Erfolg. Es trat wohl eine gewisse Abnahme der Rötung und eine leichte Verminderung der Schuppenbildung auf, aber doch kein richtiger Erfolg. Als wir aber nach Injektion von 5—10 Wismutspritzen zur lokalen Anwendung schwacher Salizyl- oder Chrysarobinsalben übergingen, stellte sich ein überaus schneller Rückgang der Erscheinungen ein. Zum Belege sei eine Krankengeschichte reproduziert.

Fall 3. Nummer der Krankengeschichte 43. Der 31jähr. Kranke leidet seit vier Jahren an der Schuppenflechte, welche sich bis zum Jahre 1924 auf die Ellenbogen und Knie beschränkte, dann aber, wie der Kranke angibt, nach einer Nervenerschütterung sich über den ganzen Körper ausbreitete. Bei Aufnahme in der Klinik im Jahre 1925 erwiesen sich bei ihm nicht nur der Rumpf und die Extremitäten, sondern auch der behaarte Kopf, die Fußsohlen und die Nägel betroffen von einer Psoriasis inveterata. Krankheitsverlauf: Da nach 5 Bijochinolinjektionen kein nennenswerter Erfolg zu sehen war, wurde die Behandlung mit einer örtlichen von Ung. Chrysarobin 1:1000 kombiniert. Nun trat bereits nach weiteren 4 Wismutinjektionen ein völliger Schwund der Psoriasisflecken ein, so daß der Kranke, 5 Wochen nach seinem Eintritt in die Klinik, nach Injektion von 13 Bijochinolspritzen bzw. 0,78 metallischem Wismut symptomfrei die Klinik verlassen konnte. Es waren nur vom Chrysarobin braun pigmentierte Flecke nachgeblieben. Bisher hat sich der Kranke noch mit keinem Rezidiv vorgestellt.

c) In zwei weiteren Fällen blieb die Wismutbehandlung trotz lokaler Behandlung ohne Einfluß, und

d) in einem Fall rief dieselbe eine entschiedene Verschlimmerung hervor. Die Krankengeschichte ist folgende:

Fall 4. Nummer der Krankengeschichte 103. Der 12jährige Knabe leidet schon seit einigen Jahren an Psoriasis vulgaris. Bei seiner Aufnahme zeigte er das Bild teils einer Psoriasis vulgaris guttata, teils geographica auf dem ganzen Körper und den Extremitäten. Mitbeteiligung auch der Fußsohlen, der Handflächen und des Kopfes. Ord. Bijochinolinjektionen. Krankheitsverlauf: Nach sechs derartigen Spritzen stellte sich Hautjucken ein, welches trotz Ord. 1%igem Ung. ac. salicyl. sich weiter steigerte, und nach der achten Wismutininjektion bildete sich eine allgemeine Dermatitis aus, welche die weitere Fortsetzung der Wismutbehandlung ausschloß. In etwa zwei Wochen gingen unter indifferenter Behandlung und Bädern die Erscheinungen der Dermatitis zurück.

Abgesehen von diesem allein dastehenden Fall von Verschlimmerung der Schuppenflechte wurden die Einspritzungen von Bijochinol anstandslos vertragen. Es wurden wohl in einigen Fällen vorübergehende Neigung zu Verstopfung, Verminderung des Appetits und ein Wismutsaum beobachtet, welche Erscheinungen aber harmlos waren und sich mehr oder weniger leicht heben ließen. Einige Kranke klagten zwischen der 3. und 8. Injektion über Hautjucken.

Digitized by Google

Zusammenfassend läßt sich auf Grund unserer 25 Fälle sagen, daß, abgesehen von dem einen Fall von Verschlimmerung bei einem 12jähr. Knaben, in den übrigen Fällen, mit Ausnahme zweier weiterer, welche jeglichen Erfolges entbehrten, eine entschieden gutartige Wirkung des Bijochinol konstatiert wurde. Wenn auch nur in zwei Fällen verhältnismäßig nach frischer Psoriasis vulgaris dieser Erfolg ein vollkommen eindeutiger, bestehend in Schwund der Erscheinungen, ohne Anwendung irgend welcher sonstiger Mittel war, so wirkte in den übrigen Fällen das Bijochinol gleich dem salizylsauren Natrium wie sensibilisierend, indem unter vorh. schwachen Salizyl- und Chrysarobinsalben ein allmählicher, aber etwas schneller als sonst gehender Rückgang der Erscheinungen wahrgenommen wurde. Haben wir somit im Bijochinol, als einem der vielen Wismutpräparate, kein spezifisches Mittel gegen die Schuppenflechte, so doch ein Mittel, welches sich neben den anderen bei dieser leider so hartnäckigen Hautkrankheit versuchen läßt.

Aus der dermatologischen Abteilung des Allg. Krankenhauses St. Georg in Hamburg (Leiter: Oberarzt Priv.-Doz. Dr. H. RITTER).

Das Salvarsan- bzw. Quecksilberexanthem als unspezifischer Heilfaktor der Syphilis.

Von

HANS RITTER und OSKAR MORSBACH.

(Schluß.)

KUZNITZKY und LANGNER möchten zwar noch kein abschließendes Urteil abgeben, aber ihre Fälle erweckten doch den Anschein, als ob ein Einfluß der Temperatur vorhanden sei, da fünf seronegativ gewordene, länger beobachtete Fälle von mittelschweren und schweren Exanthemen sämtlich etwa 3—4 Wochen lang hoch gefiebert hätten (Temperaturen über 38—40°), während fünf wieder positiv gewordene Fälle bzw. positiv gebliebene Fälle mittelschwerer Exantheme 5—14 Tage lang erhöhte Temperaturen gehabt hätten.

Für KLAAR endlich scheint ein wesentliches Moment in dem die Dermatitis begleitenden Fieber gegeben zu sein. Er beruft sich dabei auf den seit langem beobachteten günstigen Einfluß interkurrenter fieberhafter Erkrankungen auf den Verlauf der Lues und auf die Berichte KYRLES über die günstige Beeinflussung der klinischen Symptome und der WR bei sekundärer Lues durch Einschaltung fiebererregender Injektionen (Milch, Typhusvakzine) in die antiluische Therapie.

Demgegenüber kann KLEINSCHMIDT nach seinen Beobachtungen dem ein Salvarsanexanthem begleitenden Fieber keinen Einfluß auf den Ablauf der Syphilis zuerkennen, ebensowenig wie er in anderen hochfieberhaften Krankheiten, Malaria, puerperale und andere Sepsis, Typhus, Pneumonie usw. einen wesentlichen Heilfaktor der Lues erblicken kann, da nach seiner Beobachtung nach dem Überstehen dieser Krankheiten klinische und serologische Erscheinungen der Lues nicht zu den Seltenheiten gehörten.

Auch in der dermatologischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg zu Hamburg fiel die Tatsache auf, daß Luiker mit anfänglich positiver WR, trotz ungenügender spezifischer Behandlung, nach dem Überstehen einer schwereren toxischen Dermatitis seronegativ wurden. Wir haben daher das uns noch zugängliche, in Betracht kommende Krankengeschichtenmaterial zusammengebucht, um auch unsererseits den Versuch zu machen, auf die von BUSCHKE und FREYMANN angeregte Frage des Einflusses eines Salvarsanexanthems auf den Verlauf der Lues eine Antwort zu finden. Aus der Kenntnis der bisherigen Veröffent-

Digitized by Google

lichungen zu dieser Frage ergab sich uns, daß nur die Zusammenstellung der anfänglich seropositiven bzw. bei fehlender Blutuntersuchung spezifische Symptome des sekundären Stadiums aufweisenden Luesfälle, die einmal nur in ungenügender Weise eine spezifische Behandlung erfahren hatten und weiterhin hinreichend lange beobachtet worden waren, uns die Möglichkeit geben könnte, die gesuchte Antwort zu finden. So kam nur der kleinere Teil einer Anzahl von Krankengeschichten in Betracht.

Zunächst soll nun der wesentliche Inhalt dieser neun Krankengeschichten mitgeteilt werden:

1. O. Sch., 24 Jahre, Hausmädchen.

4. 3. 24. Lues II, Primäraffekt an der Tonsille, zahlreiche Erosionen und Papeln am weichen Gaumen und den Tonsillen. Mäßige Roseola des Rumpfes. Einzelne Papeln am Genitale. Spir. pallida ++. WR +++. Vor der Krankenhausaufnahme keine spezifische Behandlung.

Bis 12. 3. 24. 7mal geschmiert.

10. 3. 24. 0,2 Altsalvarsan intravenös.

Vom 21. 3. bis 28. 3. 24. 3mal 1,0 Bismogenol.

3 Tage nach der Salvarsanspritze Dermatitis, als Exanthem beginnend. Nach 5 Tagen 4tägige Temperaturerhöhung zwischen 37,4 und 38,2°; dann eine Woche lang subfebrile Temperaturen, denen ein starker Dermatitisschub mit Abschilferung der ganzen Körperhaut und Haarausfall folgt. Im Anschluß an die Dermatitis Furunkulose. Die Temperatur steigt staffelförmig bis 40,2°, nach etwa 3 Wochen subfebrile Temperaturen (bis 38,2°), die 7—8 Wochen anhalten. WR seit Überstehen der Dermatitis dauernd negativ. Keine spezifische Behandlung mehr.

11. 7. 24. Entlassung, frei von Krankheitserscheinungen.

27. 11. 24. WR negativ (schwere Dermatitis).

2. G. H., 23 Jahre, Maschinenschreiberin.

Januar 1914 wegen Genitalgeschwür 26mal Hg geschmiert.

Mitte Februar 1914 Rötung auf der Brust, die sich allmählich über den ganzen Körper ausdehnte. Trotzdem hat Patientin zunächst weitergeschmiert.

1. 3. 14. Krankenhausaufnahme. Skarlatinaformes Exanthem am ganzen Körper, Arme und Oberschenkel stark geschwollen. Temperatur 40,8°.

2. 3. 14. WR ++. In den nächsten Wochen sehr schweres Krankheitsbild mit hohen Temperaturen (um 40°).

Mitte April 14 allmähliche Besserung, Temperatur fällt.

6. 4. 14. WR negativ.

5. 5. 14. WR negativ.

14. 7. 14. WR negativ. Weiterer Verlauf unbekannt (schwere Quecksilberdermatitis).

3. J. V., 23 Jahre, Köchin.

19. 8. 1922. Lues II, WR +++.

2. 9.—4. 10. 1,5 g Salvarsan + 30mal geschmiert.

4. 10. 22. Steile Temperaturzacken (zwischen 38 und 40°) während der Dauer einer Woche. Exanthem mit starken Ödemen im Gesicht, an Armen und Beinen und folgender Furunkulose; Haarausfall. Im Blutbild 60% Eosinophile, 26% Neutrophile, 14% Lymphozyten.

22. 10.—24. 11. 22. Temperaturen zwischen 37,4 und 38,4°.

Mitte November allmähliches Abklingen des Exanthems; feinlamellöse Schuppung der Haut.

18. 11. 22. Blutbild: Eosinophile 30,5%, Neutrophile 47,5%, Lymphozyten 21%, gr. Mononukl. 1%.

5. 12. 22. WR negativ.

8. 3. 23. WR negativ.

1. 8. 23. WR negativ. Keine Zeichen von Lues. In der Folgezeit mehrere Bismogenolkuren (mittelschwere bis schwere Dermatitis).

4. F. M., 21 Jahre, Arbeiterin.

Frühjahr 1922. Infectio luica. WR unbekannt.

Erste Kur März 1922: 6 Salv.- + 2 Hg-Spritzen; zweite Kur Mai 1922: 8 Salvarsanspritzen; dritte Kur August 1922: 8 Salvarsanspritzen; vierte Kur Februar 1923: 8 Salvarsanspritzen. Nach der letzten Salvarsaninjektion Ausschlag am ganzen Körper.

Digitized by Google

7. 4. 23. Krankenhausaufnahme. WR ++ — +++. Die gesamte Körperhaut ist verdickt, derb infiltriert, dunkelbraun pigmentiert. Im Bereiche des behaarten Kopfes kleinlamellöse Schuppung. Am Rumpfe zahlreiche papulöse, unscharf begrenzte Effloreszenzen, die auf der Oberfläche schwer ablösbare Schuppen tragen. Die unteren Extremitäten sind ödematös geschwollen, die Haut parakeratotisch mit großlamellöser Schuppung. Tiefe Rhagaden der Hohlhände. Eine Probeexzision der Bauchhaut ergibt typisches Lichenbild. Temperaturverlauf: ganz vereinzelt Temperaturerhöhungen bis 37,5°, sonst immer normale Temperaturen. Blutbild: Eosinophile 3%, Leukozyten 71%, Lymph. 21%, Basoph. 1%, Mononukl. 4%.

17. 6. 23. WR negativ. Besserung des Exanthems. Fast geheilt entlassen.

28. 7. 23. WR negativ. In der Folgezeit ohne nochmalige Blutuntersuchung mehrere Bismogenolkuren (schwere Dermatitis).

5. M. I., 25 Jahre, Hausmädchen.

21. 5. 21. Lues II, massenhaft Papeln und breite Kondylome. WR +++.

26. 5.—18. 6. 21. 2mal 0,2, 1mal 0,3 Salvarsan, 30mal geschmiert.

24. 6. 21. Ausbruch eines Exanthems (nähere Einzelheiten und Temperaturverlauf unbekannt). Aussetzen der Schmierkur.

7. 7.—15. 7. 21. 2mal 0,3 Salvarsan.

29. 8. 21. WR negativ.

31. 8. 21. Exanthem abgeheilt. Entlassung.

Winter 21 auf 22. Ausschlag im Gesicht.

24. 5. 22. WR +++, deshalb mehrere Bismogenolkuren (mittelschwere Dermatitis).

6. M. K., 26 Jahre, Stütze.

November 21 wegen Lues II (WR +++) 7 Salvarsan-Hg-Mischspritzen.

16. 12. 21. WR +++. Seit einigen Tagen Schwellung, Rötung und Schuppung am ganzen Körper. Bis Mitte Februar 1922 schwere Dermatitis: tiefrote Färbung und Schwellung der Haut des ganzen Körpers; in den Hautfalten Nässen, stellenweise Bildung von grauschwarzen Borken; Haarausfall; in den Achselhöhlen Schweißdrüsenabszesse. Bis Mitte Januar dauernd Temperaturen bis 39,4°, dann 3 Wochen lang subfebrile Temperaturen bis 38,2°.

20. 2. 22. Dermatitis abgeheilt.

20. 3. 22. WR negativ.

17. 5. 22. WR negativ. Entlassung.

16. 8. 22. WR +++, keine äußeren Erscheinungen von Lues. Daraufhin mehrere Bismogenolkuren (schwere Dermatitis).

7. A. L., 25 Jahre, Dienstmädchen.

2. 1. 12. Lues II, reich Papeln und Plaques am Genitale und im Rachen. WR nicht bekannt.

3. 1. 12. Altsalvarsan 0,4 g.

31. bis 17. 1. 12. 18mal geschmiert.

9. 1. 12. Erythem im Gesicht, das am folgenden Tage fast ganz wieder abgeklungen ist.

13. 1. 12. Salvarsan 0,3, abends ausgedehnter Körperausschlag. Temperatur bis 38,6°.

18. 1. 12. Fieber abgeklungen, Zurückgehen des Körperausschlages.

25. 1. 12. WR negativ.

2. 1. 14. WR +++ (mittelschwere Dermatitis).

8. E. D., 17 Jahre, Dienstmädchen.

27. 5. 13. Lues II, Roseola, Papeln am Genitale. Plaques auf beiden Tonsillen, WR +++.

30. 5.—13. 6. 13. 1mal 0,2, 1mal 0,3 Salvarsan, 2mal 0,1 Hg salicyl., 6mal geschmiert.

14. 6. 13. Temperaturanstieg auf 38,4°.

22. 6. 13. Temperaturen bis 40,4° dauern an. Hautausschlag.

11. 7. 13. Wechselnde Temperaturen, andauernd neue Dermatitisschübe.

19. 7. 13. Temperatur hält sich bis 37,6°, Hautausschlag blaßt ab. WR negativ.

12. 10. 13. WR negativ.

27. 1. 17. Behandlung im Krankenhaus Hamburg-Barmbeck wegen nervösen Herzleidens. WR negativ. Eine Hg-Inunktion am rechten Arm. Am folgenden Tage

Digitized by Google

Exanthem des ganzen Körpers, das nach etwa einer Woche abheilt. Keine weitere spezifische Behandlung.

14. 7. 21. Im selben Krankenhause Behandlung wegen geringer Ödeme der Unterschenkel. WR +++. Nach Einreibung mit Menthol universelles scharlachähnlichen Exanthem.

Juni—August 23. Universelles Exanthem nach Benutzung von Nivea-Creme. WR +++. Bismogenolkur (15 Spritzen), die gut vertragen wurde. WR nach der Kur +++.

November 23 bis Februar 24. Wiederholungskur. Probeweise 6 g Hg geschmiert, worauf eine heftige Hg-Dermatitis des ganzen Körpers folgte. 8mal 1,0 Bismogenol. WR nach dieser Kur +++ (mittelschwere bis schwere Dermatitis).

9. A. J., 19 Jahre, Hausmädchen.

4. 3. 14. Lues II, makulo-papulöses Exanthem am Stamm und den Extremitäten. Gravid. im 5. Monat. WR +++. Behandlung: 6mal geschmiert, 1mal 0,1; 1mal 0,2; 1mal 0,3 Salvarsan + 8 Embarinspritzen. Nach der letzten Salvarsanspritze Exanthem mit Temperatursteigerungen auf 40,4°, wochenlang anhaltend.

15. 5. 14. WR negativ.

30. 7. 14. WR negativ. Entbindung von einem gesunden Kinde. WR aus dem Nabelschnurblut negativ.

20. 7. 24. Pat. gibt an, daß sie längere Zeit nach der Erkrankung mehrfach Blutuntersuchungen habe vornehmen lassen, immer mit negativem Resultat. Eine spezifische Behandlung hat nicht mehr stattgefunden. Es sind keine äußeren Zeichen bestehender oder überstandener Lues nachweisbar. WR negativ. Sie hat niemals wieder geboren, aber auch keinen Abort gehabt. Das Kind der Patientin, ein Sohn, bietet ebenfalls keine Zeichen hereditärer Lues. WR beim Kinde negativ (schwere Dermatitis).

In allen Fällen handelte es sich also um eine schwere Sekundärlues. Nur bei einer Patientin (Fall 4) kann von einer genügenden Behandlung die Rede sein. Trotzdem war auch in diesem Falle die WR in den ersten Tagen des Exanthems noch stark positiv. Bei allen Patientinnen wurde nach dem Abklingen der mittelschweren bis schweren Dermatitis ohne weitere spezifische Behandlung eine negative Serumreaktion gefunden, die jedoch nur bei einer Patientin (Fall 9) während einer genügend langen Beobachtungszeit (etwa 10 Jahre) negativ blieb. In einem Falle (Fall 8) wurde ein Freibleiben von klinischen oder serologischen Rezidiven für mindestens 3½ Jahre beobachtet. Erst nach 8 Jahren wurde bei dieser Patientin eine positive WR festgestellt. In 3 Fällen wurde nach 5 und 8 Monaten und 2 Jahren eine positive WR gefunden (Fälle 5, 6 und 7). In 4 Fällen endlich konnte eine Rezidivfreiheit für die Dauer von 2, 3, 6 und 8 Monaten festgestellt werden (Fälle 1, 2, 3 und 4)). Eine längere Beobachtung war in diesen letzten 4 Fällen nicht möglich oder zwecklos, da eine Patientin nicht mehr auffindbar war, die übrigen nach der angegebenen Zeit weiter spezifisch behandelt worden waren.

Höhere Temperaturen wurden in 7 Fällen beobachtet, während eine Patientin mit schwerer Dermatitis (Fall 4) keine nennenswerten Temperaturerhöhungen hatte. In einem Falle (Fall 5) ist der Temperaturverlauf nicht bekannt.

Von den oben angeführten Autoren, mit Ausnahme der ausländischen, deren Originalarbeiten uns nicht zugänglich waren, sind insgesamt etwa 80 Fälle sicherer Sekundärlues mit mittelschwerer bis schwerer Dermatitis näher angeführt. Die bedeutend größere Mehrzahl derselben hat eine durchaus ungenügende spezifische Behandlung erfahren. Soweit der Temperaturverlauf angegeben war, wiesen fast alle Fälle beträchtliche und längere Zeit dauernde Temperaturerhöhungen auf. In 17 Fällen ist die WR nach dem Abklingen der Dermatitis noch positiv gewesen, in allen anderen ist sie negativ gefunden worden. Von diesen wiesen 20 Fälle nach einigen Monaten Rezidive auf. Die Beobachtungsdauer der rezidivfreien Fälle betrug ebenfalls meistens nur wenige Monate, nur in 4 Fällen erstreckte sie sich auf 2—2½ Jahre, in einem Falle auf 6 Jahre. Ein weiterer Fall mit 6½jähriger Rezidivfreiheit war wahrscheinlich eine Primärlues.

Durch diese Tatsachen glauben wir uns zu der Annahme berechtigt, daß eine Einwirkung des Salvarsan- bzw. Quecksilberexanthems auf den Verlauf der Lues im Sinne eines unspezifischen Heilfaktors vorhanden ist, da in den weitaus meisten Fällen nach überstandener Dermatitis ein Umschlag der WR von der positiven in

Digitized by Google

die negative Phase gefunden wurde. Und zwar ist der Prozentsatz der nach einem Exanthem seronegativ gewordenen Fälle bedeutend größer, als er nach einer gleichen, dem Durchschnitt aller angeführten Fälle entsprechenden, also ungenügenden spezifischen Behandlung bei unkomplizierten Luesfällen gefunden zu werden pflegt. Damit entfällt wohl der Einwand, den LESSER der ganzen Fragestellung zu diesem Thema gemacht hat.

Andererseits sehen wir in einem, wenn auch wiederum kleineren Teile der angeführten Fälle Rezidive auftreten. Aber die Beobachtungsdauer der rezidivfreien Fälle ist viel zu kurz, um uns auch nur die Wahrscheinlichkeit zu geben, daß keine klinischen oder serologischen Rückfälle zu erwarten sind. Ist doch die Beobachtungsdauer einer großen Anzahl von rezidivfreien Fällen weniger lang, als es die Zeit ist, nach denen Rückfälle festgestellt wurden. Insbesondere muß hier auf unseren Fall 8 hingewiesen werden, bei dem erst nach 8 Jahren ein serologisches Rezidiv festgestellt wurde. Nur in 2 Fällen kann vielleicht von einer genügend langen Beobachtungszeit die Rede sein (6 und 10 Jahre). Aber gegenüber der großen Zahl der anderen Fälle dürften sie kaum mit in Rechnung zu stellen sein. Die günstige Einwirkung des Salvarsanexanthems auf den Verlauf der Lues ist also zumeist nur von relativ kurzer Dauer.

Welche Folgerungen kann man nun aus der Tatsache, daß in den meisten Fällen durch eine Salvarsandermatitis eine Beeinflussung des Verlaufes der Syphilis stattfindet, ziehen? Nach zwei Richtungen hin dürfte uns die in den letzten Jahren so lebhaft diskutierte Frage zu wertvollen Schlüssen berechtigen, einmal in therapeutischer Hinsicht und zweitens für die Lehre von der Immunität und Allergie bei der Syphilis.

Dabei werden wir uns bezüglich des wirksamen und deswegen schweren Krankheitsbildes der Salvarsandermatitis auf die uns bekannten Fälle beschränken müssen, da jede Salvarsandermatitis wegen ihres unberechenbaren und häufig letalen Ausgangs gründliche Behandlung erfordert und nicht zwecks experimenteller Erforschung der Lues unbehandelt bleiben darf. Vielmehr muß nach annähernd gleichwertigen, aber besser zu kontrollierenden Hautreaktionen gesucht werden, wie das auch KLEINSCHMIDT fordert, wenn er meint, daß zur Beantwortung der Frage des Einflusses der Salvarsanexantheme auf den Verlauf der Lues zunächst klinische, experimentelle und biologische Grundlagen zu schaffen seien, und er eine Wegweisung dazu in den grundlegenden Untersuchungen BLOCHs über die allergischen Reaktionen bei Dermatomykosen erblickt.

Die Folgerung für die Therapie spricht BRUCK deutlich aus, wenn ihm aus der Beurteilung der von BUSCHKE und FREYMANN angeregten Frage heraus sicher zu sein scheint, daß „wissenschaftlich wohl begründete physikalische Methoden und genau zu dosierenden Hautreaktionen den Erfolg der chemotherapeutischen Kuren wesentlich unterstützen können." BRUCK selber hat schöne Erfolge mit der Kombination einer spezifischen Lueskur mit Röntgenbestrahlung und anderen physikalischen, auf eine starke Hautreaktion hinzielenden Methoden gesehen. Auch BREIGER, HESSE, RITTER und andere treten im gleichen Sinne für die Einschaltung einer Lichttherapie in die antiluische Kur ein.

In diesem Lichte dürfte auch die Schmierkur ihre besondere Würdigung finden, wie das schon 1917 MERCK in einem Aufsatz über den Wert der Schmierkur hervorhob. MERCK betonte, daß bei der Schmierkur das Reiben an und für sich ein besonders wertvoller Teil der Kur sei. Das lehre ihn die Einschätzung der im Jahre 1895 veröffentlichten Versuche von JARISCH, der an einer Reihe von Kranken mit luischen Hauterscheinungen Einreibungen ganz nach Art der Schmierkur mit einer Salbe vornehmen ließ, die keine Spur von Quecksilber, wohl aber kleine Mengen Terpentinöls enthielt. Das Verfahren entfaltete seine Heilkraft nicht nur auf den Hautstellen, auf denen es angewendet wurde, sondern übertrug sich auch auf unberührt gebliebene Haut. Hier dürfte auch auf eine Beobachtung hingewiesen werden, die alte, erfahrene Syphilidologen wie ENGEL-REIMERS und WOLFF gemacht haben, daß nämlich die Schmierkur dann besonders wirksam sei, wenn die angewandte graue Salbe alt und dadurch ranzig geworden war und durch die dadurch entstandenen niederen Fettsäuren eine Reizwirkung zustande kam.

Hierher gehören auch letzten Endes die Erfolge mit den an vielen Orten geübten heißen Schwefelbädern.

Bezüglich der Lehre von der Immunität und Allergie bei der Syphilis dürfte

Digitized by Google

die Tatsache der Beeinflussung der Lues durch eine Salvarsandermatitis in der Beantwortung der sich aus verschiedenen Beobachtungen der letzten Jahre ergebenden und in einer jüngst erschienenen zusammenfassenden Arbeit FINGERs aufgerollten Frage von den Wandlungen im Krankheitsbilde und in der Behandlung der Syphilis eine nicht unbedeutende Rolle spielen. FINGER stimmt der 1919 gemachten Äußerung EUGEN FRAENKELS zu, daß sich die Syphilis in den letzten 3 Dezennien ganz wesentlich geändert habe, daß alle anderen Formen der tertiären Lues der Aortensyphilis gegenüber in den Hintergrund träten. Demgegenüber stellt er die Tatsache, daß noch in den 70er und 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts vor der Ablösung der bis dahin üblichen symptomatischen Behandlung mit kleinen Dosen von der vielfach vertretenen Ansicht, daß mit der allgemeinen Behandlung erst zu beginnen sei, nachdem das erste Exanthem sich voll entwickelt hätte, durch eine mit der Zeit immer energischer gehandhabte antiluische Behandlung die Lues noch eine wirkliche „Hautkrankheit" gewesen sei. Denn wenn auch vielleicht verschiedene Momente dabei mitspielten, so sei doch die Wandlung im Krankheitsbilde der Lues vor allem durch die Behandlung bedingt. Die Annahme, daß an eine natürliche Wandlung im syphilitischen Krankheitsbilde gedacht werden könne, wie sie im Verlaufe so mancher Infektionskrankheiten beobachtet werde und für welche Abschwächung des in zahlreichen Generationen auf demselben Material fortgezüchteten Virus, Auslese durch Aussterben der besonders empfänglichen Individuen usw. als Ursachen angeführt würden, sei abzulehnen, da einmal die Wandlung im Bilde der Lues sich rasch innerhalb eines Menschenalters entwickelt hätte und ferner zahlreiche neuere Untersuchungen gezeigt hätten, daß auch heute noch in vielen, wenig kultivierten Ländern die Syphilis durchaus als „Hautkrankheit" verliefe.

In den letzten Jahren aber hätten sich unsere Kenntnisse betreffend die biologische Bedeutung der Haut für den Organismus ganz wesentlich erweitert. Wir begännen immer mehr Einblick zu gewinnen in die Rolle, welche die Haut als Immunitätsorgan in Fällen mancher akuten und chronischen Infektionskrankheiten zu spielen berufen erscheine, daß wir die Frage wohl erwägen müßten, ob nicht die Erkrankung der Haut, das Exanthem, beziehentlich die durch die Proliferation des Virus in der Haut angeregten biologischen Vorgänge von wesentlicher Bedeutung für das ganze weitere Schicksal des Syphilitikers seien, ob nicht mancher Spätluiker vor der Entwicklung der Paralyse oder Tabes nur dadurch bewahrt würde, daß Virusherde, die sich in dessen Haut vorfänden, mit oder ohne klinische Erscheinungen Immunisationsvorgänge auslösten, die das Keimen von Virusherden im Gehirn und Rückenmark verhinderten, daß aber ohne diesen Schutz der Kranke einer Paralyse oder Tabes zum Opfer fiele (FINGER).

Aus allem geht hervor, daß der Syphilisforschung noch sehr viele und sowohl in theoretischer als auch in praktischer Hinsicht ungemein wichtige Aufgaben harren. In Würdigung aller vorgebrachten Gesichtspunkte darf man wohl sagen, daß die Tatsache der, wenn auch meistens nur kurze Zeit dauernden Beeinflussung des Verlaufes der Lues durch eine Salvarsan- oder Quecksilberdermatitis und die noch zu schaffenden biologischen Grundlagen dieses Phänomens nicht unbedeutende Faktoren in der Erforschung des Wesens der Syphilis darstellen können.

Literatur.

BENVENISTE, Exanthémes salvarsaniques et évolution de la syphilis. Presse méd., 1921, 29. Jahrg., Nr. 91. Zit. Zbl. f. Haut- u. Geschl.-Krkh., 1922, Bd. 4, S. 289. — BIACH, Die Tuberkulinbehandlung der Frühlues. W. kl. W., 1915, S. 1345. — BIRNBAUM, Zur Frage des Einflusses schwerer Exantheme nach Salvarsan- bzw. Salvarsan-Quecksilber-Behandlung auf den Verlauf der Syphilis. B. kl. W., 1921, S. 170. — B. R. BLOCH, Über einige allgemein pathologische und therapeutische Probleme auf dem Gebiete der Dermatomykosen. M. m. W., 1915, S. 737. — BR. BLOCH, Stoffwechsel- und Immunitäts-Probleme in der Dermatologie, Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte, 1917, S. 993. — BR. BLOCH, Einiges über die Beziehungen der Haut zum Gesamtorganismus. Kl. W., 1922, S. 153. — BREIGER, Lichtbehandlung bei Geschlechtskrankheiten (kombinierte Hg- und Lichtbehandlung) nach 20jähriger Erfahrung. M. m. W., 1920, Nr. 35. — BRUCK, Über den Einfluß der Salvarsanexantheme auf den Verlauf der Syphilis. B. kl. W., 1921, S. 518. — BUSCHKE u. FREYMANN, Über den Einfluß der Salvarsanexantheme auf den Verlauf der Syphilis. B. kl. W., 1921, S. 347.

Digitized by Google

— Buschke, Einfluß toxischer Exantheme auf den Ablauf der Syphilis (Erwiderung). D. m. W., 1922, S. 1373. — Finger, Wandlungen im Krankheitsbilde und in der Behandlung der Syphilis. W. kl. W., 1925, Nr. 1. — Gollay et Sylvestre, L'érythrodermie consécutive au traitement arsénobenzolique. Ann. des mal. vénér., 1921, 16. Jahrg., Nr. 6. Zit. Zbl. f. Haut- u. Geschl.-Krkh., 1921, Bd. 2, S. 217. — Gougerot, Récidives de syphilis viscérales, cutanées, muqueses, sérologiques peu de temps après une érythrodermie exfoliante post-arsénobenzolique. De la légende de la guérison après une érythrodermie arsénicale. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, 1921, 37. Jahrg., Nr. 29. Zit. Zbl. f. Haut- u. Geschl.-Krkh., 1922, Bd. 3, S. 400. — Hoffmann, Über eine nach innen gerichtete Schutzfunktion der Haut (Esophylaxie). D. m. W., 1919, S. 1233. — Jarisch, Therapeutische Versuche bei Syphilis. W. m. W., 1895, Nr. 17. — Klaar, Zur Frage der im Verlaufe antiluischer Kuren auftretenden Hg- bzw. Salvarsandermatitiden. W. kl. W., 1922, Nr. 12. — Kleinschmidt, Zur Frage des Einflusses toxischer Exantheme auf den Ablauf der Syphilis. D. m. W., 1922, S. 981. — Kreidl, Die Physiologie der Haut im Handbuch der Hautkrankheiten von Mračeк, Bd. 1. — Kuznitzky u. Langner, Über Salvarsanexantheme. B. kl. W., 1921, S. 1534. — Kyrle, Die Bedeutung des unspezifischen Heilfaktors in der Syphilistherapie. Derm. Zschr., 1922, Bd. 35, S. 313. — Kyrle, Fieber, ein wesentlicher Heilfaktor in der Syphilistherapie. W. kl. W., 1917, Nr. 22. — Lesser, Über den Einfluß toxischer Exantheme auf den Verlauf der Syphilis und zur Frage der Esophylaxie. B. kl. W., 1921, S. 1210. — Levi, Über den Verlauf der Syphilis nach toxischen Exanthemen. B. kl. W., 1921, S. 1137. — Lövy, Die gegenseitige Beeinflussung innerer Krankheiten. M. Kl., 1921, S. 1195. — Merck, Über den Wert der Schmierkur. M. Kl., 1917, S. 1079. — Stühmer, Über Salvarsanexantheme. Derm. Zschr., 1921, Bd. 34, S. 304. — Stümpke, Über den Einfluß toxischer Exantheme auf den weiteren Verlauf der Syphilis. M. Kl., 1923, S. 80. — Thalacker, Beeinflussung verschiedener Erkrankungen durch akute Infektionskrankheiten. D. Zschr. f. Nervenheilk., 1913, Bd. 47/48, S. 762. — Wagner v. Jauregg, Über die Einwirkung fieberhafter Erkrankungen auf Psychosen. Jahrb. f. Psychiatr., 1888, Bd. 7. — Wagner v. Jauregg, Die Tuberkulin-Quecksilberbehandlung der progressiven Paralyse. Ther. Mh., 1914, 28. Jahrg. — Weichbrodt u. Jahnel, Einfluß hoher Körpertemperaturen auf die Spirochäten und Krankheitserscheinungen der Syphilis im Tierexperiment. D. m. W., 1919, S. 483.

Zur Geschichte der frühmittelalterlichen Syphilis[1]).

Von

Dr. Philipp Hildebrand in Duisburg.

A. v. Notthafft erklärt den Pleuraschmerz bei Syphilis für ein „ganz unbekanntes Symptom". Demgegenüber verweise ich auf eine der jüngsten Syphilisdarstellungen von F. Pinkus (siehe „Die Syphilis", herausgegeben von E. Meirowsky und F. Pinkus, Springer, Berlin 1923, S. 44), wo „Schmerzen am Rippenbogen" als „außerordentlich charakteristisch" kurz vor Ausbruch der Sekundärlues hervorgehoben werden. Auch A. Buschke (Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, herausgegeben von E. Riecke, 5. Aufl., Fischer, Jena 1920, S. 745) nimmt Anlaß, auf den Pleuraschmerz (Pleurodynie) bei Syphilis besonders hinzuweisen, „bei dem es sich wohl meist um eine Rippenperiostitis mit Beteiligung der Pleura handelt". Daß übrigens die pathologisch-anato-

[1]) Nachschrift zu der Arbeit „Syphilis im 11. Jahrhundert" in Nr. 16 der Derm. W., 1925, zugleich als Antwort auf das Referat A. v. Notthaffts in Nr. 13 derselben Wochenschrift über meine erste Mitteilung „Zur Geschichte der Syphilis" in Nr. 31 der M. m. W., 1924.

Digitized by Google

mische Nomenklatur im 11. Jahrhundert gerade bei der Pleuresis nach unseren Begriffen schon recht „modern" anmutet, geht aus der bemerkenswerten Einteilung derselben durch den damaligen Bannerträger der arabischen Medizin Avicenna hervor, der bei ihr die eigentliche Entzündung des Rippenfells, die Entzündung der Rippenmuskeln und die Entzündung des Mittelfells unterscheidet. (Vgl. hierüber: Kurt Sprengel, Versuch einer pragmatischen Geschichte der Arzneikunde, II. Teil, 3. Aufl., Halle 1823, S. 432.)

Was v. Notthafft sonst noch einwendet, betrachte ich durch meine nochmalige eingehende Darlegung des Falles für erledigt, insbesondere den Vorwurf, daß ich „morbus" willkürlich mit „der" Krankheit wiedergegeben hätte. Daß man der Krankheit auch im frühen Mittelalter schon einen treffenden Namen zu geben verstand, geht aus einer Stelle der „Occupatio" des berühmten Abtes Odo von Cluny (878—942) hervor, der dem Gelüstigen als Strafe das „Dahinsiechen an der Geschlechtspest" wünscht. (Horreat obsceno miser intabescere tabo! Odonis abbatis Cluniacensis, Occupatio edidit A. Swoboda, Lipsiae in aedibus B. G. Teubneri, 1900, Lib. VII, v. 531.)

Zu der Stelle des Sextus Amarcius:

„Vivere nunc discunt meritoria foeda scolares,
Sanctarum fugiunt habitacula relliquiarum,
Non turpis flatus, non illos polipus arcet,
Non uncae nares, non dependentia labra."

bemerke ich, daß ich die mir von Eduard Norden-Berlin brieflich gegebene Erklärung turpis flatus = griechisch δυσοσμία gleichfalls für die ansprechendere halte, die vortrefflich zur Ozaena syphilitica passen würde. Bei uncae nares hat, wie ich jetzt erst sehe, dem Dichter die Stelle des geistesverwandten Römers Persius, Satire I, 40 vorgeschwebt (‚rides', ait, ‚et nimis uncis naribus indulges'), wo der Ausdruck als Zeichen des Hochmutes und der Verachtung „gerümpfte Nase" bedeutet, den wir als „pathologische Nasendifformität" sehr gut mit „Sattel- oder Bocknase" (Einsinken des Nasenrückens mit Aufrichtung der Spitze) synonym dem sonst im Lateinischen und Griechischen gebräuchlicheren „simus" wiedergeben können.

Amarcius kommt als Sittenmaler auch weiter noch auf die Lustseuche zu sprechen. An der kulturhistorisch hochbedeutsamen Stelle, Sermon. Lib. I, v. 359—366 ruft er aus:

„Nunc de missilibus diversis accipe luxus.
Huius flammifera lumbos transverberat hasta
Blandius effusum detentans vulnere caeco.
Palpitat ille cadens cituque avertere pestem
Cogitat inmissam, vulnusque ita curat ut ille,
Qui lippo suadet varias spectare figuras,
Aut qui fomentis credit parere podagram,
Aureaque incassum distendit frusta chirurgis."

„Jetzt vernimm von den verschiedenen Leiden, die die Sinnenlust bereitet! Die Lenden des einen (euphemistischer Ausdruck für die Geschlechtsteile) durchbohrt sie mit funkensprühender Lanze und schlägt

Digitized by Google

den in sanften Buhlenarmen übermäßigem Liebesgenuß Frönenden in die Fesseln verborgenen Siechtums. Ein anderer erbebt im Fall und gedenkt das über ihn hereingebrochene Verderben durch den Beischlaf abzuwenden. Er sucht Heilung seines Leidens in der Weise wie jener, der einem Triefäugigen die Betrachtung verschiedener Bilder anempfiehlt oder der die Beseitigung seiner Podagra von Umschlägen erwartet und zwecklos seine schönen Goldstücke an die Wundärzte verschleudert."

Diese Schilderung erinnert auffallend an die Krankheit des Amfortas im Parzival des Wolfram von Eschenbach, der seine Dichtung nach französischem Vorbilde im ersten Jahrzehnt des 13. Jahrhunderts geschaffen hat. Amfortas ergab sich, gegen die Satzung der Gralsritter verstoßend, unerlaubtem Minnedienst, wobei er in die Fallstricke der Orgeluse geriet und mit schwerem Siechtum büßen mußte. Im Zweikampf mit einem heidnischen Ritter, dem Symbol teuflischer Sinnenlust, siegte er zwar, wurde aber mit einer vergifteten Lanze an der Hüfte getroffen und trug eine unheilbare Wunde davon.

Es handelt sich hier um einen uralten Mythus, dem wir bei den verschiedensten Völkern begegnen. Die Hüfte oder die Lenden sind der Ort der Sinnlichkeit, an dem der Versucher den Menschen mit harter Faust anpackt und ihm ein schauderhaftes, zum Siechtum führendes Leiden zufügt. In griechischen Mythen werden Athene und Herakles an der Hüfte verwundet und können sich selbst nicht heilen. In der Bibel wird Jakob beim Ringkampf an der Hüfte verwundet und hinkt. In einem altägyptischen Zauberspruche „Warnung der Krankheit vor den einzelnen Körperteilen" (siehe Urkunden zur Religion des alten Ägypten, übersetzt und eingeleitet von GÜNTHER ROEDER, Diederichs, Jena 1923, S. 118) heißt es: „Falle nicht auf seine Hüfte, sondern hüte dich vor der Vereinigung (mit ihr)." „Falle nicht auf seine Lenden, sondern hüte dich vor Unreinheit."

Die Geschlechtskrankheit galt als durch krankhaft entarteten Samen bedingt, der man sich durch ein natürliches Mittel, den Koitus, entledigen könne, eine Anschauung, die im ganzen Mittelalter von den Ärzten vertreten wurde, die allenthalben den Beischlaf als Heilmittel im Falle geschlechtlicher Ansteckung empfahlen.

(Zu dem Gesagten vergleiche das Buch STEPHAN STEINLEINS, Astrologie, Sexualkrankheiten und Aberglaube in ihrem inneren Zusammenhange, 2 Bände, München 1915, ein mit ungemeinem Fleiße zusammengetragenes Quellenwerk, gleichwichtig für den Kultur- und Medizinhistoriker wie für den Philologen, Abschnitt 82 und 88.)

Von amerikanistischer Seite werden immer und immer wieder „kulturhistorische Bedenken" gegen die präkolumbische Existenz der Syphilis in der alten Welt geltend gemacht. Dabei hat man sich zu der grotesken, geradezu widersinnigen Behauptung verstiegen, daß, wenn „in einer neu aufgefundenen Hippokrateshandschrift" ein mit allen Finessen geschilderter Luesfall entdeckt würde, „man sogar in einem solchen (unmöglichen) Falle zunächst eine Interpolation oder die Überlieferung einer uns unbekannten syphilisähnlichen Krankheit erwägen müßte, aber wohl kaum eine Syphilis annehmen dürfte". (A. v. NOTTHAFFT, Die Legende von der Altertumssyphilis. Engelmann, Leipzig 1907, S. 41.)

Digitized by Google

Ein derartiger, mit wahrer Wissenschaft unverträglicher Standpunkt ist nur dadurch verständlich, daß man sich die „Loimologie" der Lues nicht recht klar gemacht hat. Denn „Syphilis ist", nach den ausgezeichneten Worten Georg Stickers, „für gewöhnlich kein auffallendes Leiden, das sich immer und rasch kenntlich dem Volke offenbarte an den Syphilitischen, die in seiner Mitte weilen; sie ist ein heimlich schleichender Volksschaden, der sich unter hundert harmlosen Masken verbirgt, sehr selten einmal in scheußlicher Gestalt zeigt und, wenn er etwa vorübergehend für ein paar Jahre auffallender oder sogar erschreckend auftritt, so daß man ihn hier und dort auf der Straße erkennt, bald wieder ins Unbestimmte vergeht und rasch vergessen ist. Taucht eine tückische Steigerung der Plage dann wieder einmal auf, so staunt die Masse und selbst der Arzt über die neue unerhörte Krankheit und gibt ihr neue Namen. Das sagt die ganze Geschichte der Syphilis nach dem Jahre 1494 einem jeden, der zu lesen versteht; dem gründlichen Forscher auch schon vor dem Jahre 1494. Syphilis, dem Kenner aus ihren Spuren kenntlich, ist nicht jedermann offenbar. Schwer auffindbar bei der großen Mehrzahl der daran Erkrankten, muß sie gesucht werden, ein heimlicher Schaden in Familien und Gemeinden und in der ungeschriebenen Leidensgeschichte der alten und der jungen Völker; volksverwüstend durch Zerstörung der Nachkommenschaft, selten ein schweres offenbares Leiden der Einzelnen." (Georg Sticker, Krankheiten in Mittelamerika zur Zeit des Kolumbus. Janus 1924, S. 282—283.)

Literatur (soweit früher noch nicht angegeben).

1. Odonis abbatis Cluniacensis Occupatio. Primum edidit Antonius Swoboda. Lipsiae in aedibus B. G. Teubneri 1900. — 2. Die Syphilis, herausgegeben von E. Meirowsky und F. Pinkus. Springer, Berlin 1923. — 3. Kurt Sprengel, Versuch einer pragmatischen Geschichte der Arzneikunde. II. Teil, 3. Aufl., Halle 1823. — 4. Urkunden zur Religion des alten Ägypten, übersetzt und eingeleitet von Günther Roedre. Eugen Diederichs, Jena 1923. — 5. Stephan Steinlein, Astrologie, Sexualkrankheiten und Aberglaube in ihrem inneren Zusammenhange. Bayerische Verlagsanstalt, zwei Teile, München und Leipzig 1915. — 6. A. v. Notthafft, Die Legende von der Altertumssyphilis. Engelmann, Leipzig 1907. — 7. Georg Sticker, Krankheiten in Mittelamerika zur Zeit des Kolumbus. Janus 1924. — 8. Auli Persi Flacci Saturae, edidit Jacobus van Wageningen. 2 partes, Groningen 1911. — 9. Philipp Hildebrand, Syphilis im frühen Mittelalter. M. m. W., 1925, Nr. 11.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Russki Westnik Dermatologii.

1925, Bd. 3, Nr. 6.

Einige Fälle banaler Dermatosen bei Syphilitikern, anscheinend in ätiologischem Zusammenhang stehend mit der Syphilis, von G. Meschtscherski. Zu den in der Literatur vorhandenen Fällen von Auftreten banaler Dermatosen bei Syphilitikern,

Digitized by Google

die nur unter der spez. Behandlung schwanden, fügt Verf. fünf eigene Beobachtungen: 1. 52jähr. Journalist mit dysidrotischem Ekzem der Hände; 2. 44jähr. Beamter mit heftigem Hautjucken; 3. 26jähr. Viehhändler mit Seborrhoe und Acne vulg.; 4. 26jähr. Frau mit polymorphem exsudativem Erythem und 5. 10jähr. Mädchen mit einem trichophytieähnlichen Ausschlag auf dem Körper, der aber keine Pilze enthielt. Ohne die Absicht zu haben, die Pathogenese dieser seltenen, schwer zu deutenden und durchaus nicht einheitlichen Beobachtungen zu erklären, wünscht Verf. dieselben nur als Material für weitere Untersuchungen aufzufassen.

Zur Frage der frühzeitigen Diagnose des Pemphigus vulgaris, von Poppel. In allen Fällen von P. v. beobachtet man eine, sich nur während der Perioden scheinbarer Heilung vermindernde, aber sonst unverändert bestehende Neigung zu Ödembildung und Retention von Chloriden, was als diagnostisches Hilfsmittel gegenüber der Dermatitis herpetiformis zu verwerten ist.

Ausgedehnte Schleimhautveränderungen bei Lichen ruber acuminatus, von P. Koshewnikow. Beobachtung perlmutterglänzender Papeln auf der Schleimhaut der Nase, des harten Gaumens, des Rachens, des Kehlkopfs, der Konjunktiva und des Augapfels in einem Fall von L. r. a. Günstige Beeinflussung des Falles durch Autohämotherapie.

Zur Methode einer sofortigen Behandlung von Salvarsaninfiltraten, von Landesmann und Warowitzki. Verff. prüften die von Dietel empfohlene Behandlung von Salvarsaninfiltraten mittels Aspiration der eingespritzten Flüssigkeit und darauffolgender Injektion von 10 ccm steriler Kochsalzlösung und kamen zu sehr guten Resultaten.

Ein Fall von Tuberculosis verrucosa cutis, von Khoudadoff. Der 6jähr. Knabe wies multiple Herde von verrukösen Tuberkulose, zerstreut über den ganzen Körper. mit Ausnahme der behaarten Kopfhaut, auf.

Vier Fälle extragenitaler syphilitischer Infektion in einer Familie, von N. Lasareff. In einer aus 10 Gliedern bestehenden Familie beobachtete Verf. bei 4 Personen extragenitale Schanker: a) der Brustdrüse bei einer 29jähr. Frau; b) des rechten Augenlides bei ihrem 60jähr. Schwiegervater; c) der einen Mandel bei dessen Frau und d) bei den Mandeln bei einem 14jähr. Mädchen.

Seltener Fall von Lokalisation des harten Schankers, von Botcharoff. 26jähr. Mann mit 2 Schankern im Gesicht, von denen der eine auf der Oberlippe, der andere am Kinn saß; anscheinend nach Rasieren.

Existiert eine besondere, neurotrope Varietät der syphilitischen Spirochäte, von Tschlenow. Übersichtsreferat.

1925, Bd. 3, Nr. 7.

Über die Gitterfasern bei Hautkrankheiten, von A. Zenin-Saratow. In einer ganzen Reihe von Hautkrankheiten untersuchte Verf. die Gitterfasern mittels der Maresch-Bjelschowskyschen Versilberung. Es ergab sich, daß sie sich nicht bei allen Hautkrankheiten finden, aber daß sie in normaler Haut fehlen. Sie haben mit den Fasern des elastischen Gewebes nichts zu tun, treten besonders dort auf, wo das kollagene Gewebe aufgelockert ist oder fehlt und stehen in einer gewissen Beziehung zu den Plasmazellen, da gleichzeitig mit einer Zunahme dieser, auch eine solche jener zu beobachten ist.

Seltene Form von Dystrophie der Augen infolge von Erbsyphilis bei zwei Brüdern, von A. Feldmann und D. Waissmann-Odessa. Von den beiden Brüdern hatte der 14jähr. eine rechtsseitige Pupille von Eiform bei linker normaler, und der 12jähr. beiderseitige Pupillen von der Form eines gestreckten Rhombus. Bei beiden Knaben fanden sich Infantilismus, besonders der Geschlechtsorgane, Dystrophien der Zähne, so daß an Erbsyphilis als Ursache der Erscheinungen gedacht werden muß.

Die primären Schanker nach dem Material des Moskauer Krankenhauses Medsantrud in den Jahren 1923/1924, von N. Anderson. Die ungeheure Zunahme der Primäraffekte von 4% im Jahre 1913 auf 32,46% im Jahre 1923, und gar auf 36,12% im Jahre 1924 unter allen Fällen von Syphilis, schiebt Verf. auf die dankenswerte, sanitäre Aufklärung und das dementsprechend viel frühere Kommen der Kranken zum Arzt. In den beiden genannten Jahren wandten sich an das Krankenhaus 2129 Fälle von Syphilis, davon 862 mit Primäraffekten (793 genitale und 69 extragenitale Schanker), 1236 mit sekundären und 331 mit tertiären Erscheinungen. Unter den Fällen mit genitalen Schankern standen im Alter:

Digitized by Google

	Männer	Frauen	Im ganzen Personen
bis zu 15 Jahren	2	2	4
von 15–20 „	16	31	47
„ 20—30 „	189	335	524
„ 30—40 „	51	141	192
„ 40—50 „	2	22	24
über 50 „	—	2	2
Insgesamt	260	533	793

Von den 69 extragenitalen Schankern betrafen:

Im Alter	Männer	Frauen	Im ganzen Personen
von 1— 5 Jahren	1	2	3
„ 5—10 „	16	22	38
„ 10—15 „	7	1	8
„ 15—20 „	6	2	8
„ 20—30 „	2	4	6
„ 30–40 „	1	3	4
„ 40—50 „	1	1	2
Insgesamt	34	35	69

Es betrafen von den extragenitalen Schankern:

	Bei Männern	Bei Frauen	Im ganzen Personen
Die Oberlippe	—	1	1
„ Unterlippe	1	3	4
„ Mundwinkel	3	1	4
„ Wangenschleimhaut . .	3	1	4
Das Zahnfleisch	—	1	1
Die hintere Rachenwand . .	1	2	3
„ Mandeln	26	20	46
„ Nase	—	1	1
„ Brustwarzen	—	3	3
„ Leistengegend	1	—	1
„ Fußsohlen	—	1	1
Insgesamt	35	34	69

Versuch der Behandlung einiger Hautkrankheiten mit intravenösen Injektionen von NaBr, von Tonian-Rustow a. D. Ein Erfolg war in vielen Fällen zweifellos. Die Methode ist einfach und ohne Gefahr.

Die Behandlung einiger Hautkrankheiten mit X-Strahlen, von Menschtschikow. Verf. hat an der 2. Moskauer Hautklinik bei einer ganzen Reihe von Hautfällen mit Erfolg Röntgenstrahlen angewandt.

Sclerodermia diffusa, von P. Orlow-Leningrad. 38jähr. Mann, Krankheitsdauer 6 Monate, Ursache unbekannt.

Morbus Raynaud mit Pigmentdystrophien in Kombination mit Lupus erythematodes, von Wedrow-Serpuchow.

Ein Fall von Reinfectio syphilitica, von Wolpian-Moskau. Erste Syphilis im Jahre 1919 wurde behandelt mit fünf kombinierten Hg-S-Kuren; hierauf war Pat. Jahre

Digitized by Google

hindurch gesund und erkrankte im Jahre 1923 zum zweitenmal an Syphilis. Der 1. und der 2. Schanker saßen an verschiedenen Stellen.

Ein harter Schanker auf der unteren Partie des Vorderarmes bei einer Krankenpflegerin, von Karichew. Verf. plädiert mit Jordan für Versicherung des gesamten. auf venerischen Abteilungen arbeitenden Pflegepersonals.

Die augenblickliche Ansicht über blennorrhoische Ausschläge, von Grintschar. Übersichtsreferat. A. Jordan-Moskau.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1925, Bd. 6, H. 5.

La pluralité des virus syphilitiques. Revue générale critique (Allgemeine kritische Übersicht über die Pluralität des syphilitischen Virus). I. Teil, von C. Simon. S. 289. Fortsetzung folgt.

Le prurigo de Besnier (Prurigo Besnier), von H. Haxthausen, Derm. Univ.-Kl. Kopenhagen. S. 312. Verf.s Untersuchungen liegen 38 Fälle zugrunde, 24 männlichen, 14 weiblichen Geschlechts. In 15 Fällen trat die Erkrankung vor dem 1., in 8 vor dem 2., in 5 zwischen 2. und 5., in 3 zwischen 5 und 10. und in 2 nach dem 15 Lebensjahre auf. Die Hautreaktionen sind beim Prurigo Besnier fast immer positiv und erlauben daher eine Differentialdiagnose gegenüber klinisch ähnlichen Erkrankungen, bei denen die Hautreaktionen stets negativ sind. Viele Fälle von Ekzemen bei Kindern geben positive Hautreaktionen, zeigen aber auch vom klinischen Standpunkt viele Analogien mit dem Prurigo Besnier, besonders das Vorhandensein eines primären Pruritus. Die Hautreaktionen zeigen eine Überempfindlichkeit für verschiedene Substanzen an, bei deren Resorption oder Kontakt mit der Haut das Vorhandensein einer pruriginösen Diathese offenbar wird. Das Fernhalten von Substanzen, die eine positive Hautreaktion geben, gibt ermutigende therapeutische Erfolge.

Anémie pernicieuse et syphilis chez l'adulte (Perniziöse Anämie und Syphilis beim Erwachsenen), von L. Chatellier. Derm. Univ.-Kl. Toulouse. S. 329. Verf. beobachtete eine 58jähr. Pat., die an einer perniziösen Anämie erkrankt war und bei der nach genauester Untersuchung alle anderen ätiologischen Faktoren außer einer Lues ausgeschlossen werden konnten. Wassermann war bei der Pat. sowohl wie bei ihrem Manne positiv; sie hatte eine Reihe Fehlgeburten durchgemacht. Es zeigten sich die für perniziöse Anämie charakteristischen klinischen Erscheinungen: schleichender Beginn. Remissionen, zunehmende Asthenie, Gewichtsverlust, chronische Diarrhöen abwechselnd mit Obstipation. Die Untersuchung von Blutausstrichen zeigt alle für perniziöse Anämie charakteristischen Befunde. Sehr geringe Zahl von roten Blutkörperchen, Hämoglobinwerte nicht in gleichem Maße vermindert. Blutindex höher als erste rote Blutkörperchen von verschiedener Größe und Form, darunter vielfach kernhaltige. Normoblasten und Megaloblasten. Starke Schmerzhaftigkeit der Zunge. Bradykardie: 48 in der Minute. Nach Behandlung mit französischen Arsenobenzolpräparaten zunächst bedeutende Besserung; nach einer zweiten Serie steigt die Zahl der roten Blutkörperchen von 400000 auf über 1000000. Trotzdem nach etwa zweijähriger Krankheitsdauer Marasmus und Exitus. Die klinischen Erscheinungen einer perniziösen Anämie bei Lues erklärt der Verf. dadurch, daß es sich einmal um eine syphilitische Erkrankung des Knochenmarkes handelt, und daß weiter noch das System des Sympathikus und die endokrinen Drüsen befallen sein mußten, worauf der Verlust der Haare, der intensive Pruritus, Anfälle von Insuffizienz der Nebennieren und die Bradykardie hindeuten.

Neuro-fibromatose généralisée pigmentaire (Über generalisierte Neurofibromatosis mit Pigmentbildung), von M. Djoritch-Belgrad. S. 337. Zwei im letzten Jahre beobachtete Fälle Recklinghausenscher Krankheit mit Abbildungen.

Teigne tondante avec épidermophytie eczematiforme (Trichophyton accuminatum) chez une vieille femme de 76 ans (Ekzematiforme scheerende Pilzflechte [Trichophyton accuminatum] bei einer alten Frau von 76 Jahren), von Frèche und E. Cazenave-Bordeaux. S. 341. Eine Untersuchung der behaarten Kopfhaut zeigt eine diffuse Alopezie und reichliche Schuppenbildung. Pilzbefund positiv. Kulturen auf Sabouraudnährböden und Untersuchung im hängenden Tropfen ergeben das ausschließliche Vorhandensein von Trichophyton accuminatum. Verf. nehmen an, daß es sich um eine Erkrankung aus der Jugendzeit handelt, die nicht, wie sonst, gegen Ausgang der Pubertät abgeheilt ist.

Digitized by Google

1925, Bd. 6, H. 6.

Etude iconographique de la pustule staphylococcique et des lésions dérivées d'elle (Ikonographische Studien über die Staphylokokkenpustel und der davon abzuleitenden Läsionen), von R. Sabouraud. S. 353. Verf. betont die Zweckmäßigkeit, sich außer dem Studium seltener und interessanter Hauterkrankungen auch den banalen und alltäglichen zu widmen. Fünf Gruppen werden herausgeholt, die Staphylokokkenerkrankungen, die durch Streptokokken, die durch den Mikrobazillus der Seborrhoe verursachten, die Gruppe der Pityriasis und die der Pilzerkrankungen. In dem vorliegenden Aufsatz werden unter Beihilfe zahlreicher Illustrationen die Staphylokokkenerkrankungen beschrieben, und zwar in kleinen Kapiteln mit folgenden Überschriften: Die verschiedenen Staphylokokkenarten verursachen gleiche Läsionen; die primäre Läsion durch Staphylokokken ist eine zirkumpiläre Pustel. Der Aufbau eines menschlichen Haarfollikels und die sich daraus ergebenden Folgerungen für die Pathologie, die hauptsächlichen Läsionen, die man von der primitiven Staphylokokkenpustel der Epidermis ableiten kann. Die Aknepustel ist keine Staphylokokkenerkrankung, sondern wird hervorgerufen durch den Mikrobazillus der Seborrhoe.

La maladie de Brocq (érythrodermie pityriasique en plaques disséminées) (Die Brocqsche Krankheit [Pityriasiforme Erythrodermie in disseminierten Plaques]), von A. Kissmeyer, Derm. Univ.-Kl. Kopenhagen. S. 378. Aus einer Gruppe von Hauterkrankungen, die zwar keine einheitliche Erkrankung darstellen, aber doch vieles gemeinsam haben und von Brocq die Bezeichnung Parapsoriasis schon 1902 erhielten, will der Verf. eine als für sich wohl charakterisierte nosologische Einheit herausgreifen. Was bisher alles unter Parapsoriasis gruppiert wurde, war die Parakeratosis variegata (Unna), das psoriasiforme und lichenoide Exanthem (Jadassohn), die Pityriasis lichinoides chronica (Neumann, Rille, Juliusberg), die pityriasiforme Erythrodermie in disseminierten Plaques (Brocq) und Lichen variegatus (Radcliffe, Crocker). Die pityriasiforme Erythrodermie in disseminierten Plaques, die der Verf. unter etwa 4000 Hautfällen der Kopenhagener Universitäts-Hautklinik im vergangenen Jahre achtmal feststellen konnte, scheint ihm hinreichende Merkmale zu haben, um sie als eine Erkrankung für sich aus dem Verbande der Parapsoriasis lösen zu können. Befallen ist immer der Rumpf, meistens in einer beträchtlichen Ausdehnung, oft die Oberarme und Oberschenkel, sogar Unterarme und Unterschenkel, niemals aber Hände und Füße. Die Figuration der erbsen- bis handflächengroßen Effloreszenzen gleicht der der Pityriasis rosea; die Farbe ist gelb oder gelblichrot. Die Oberfläche der Flecken ist rauh und glänzt wie kleine Lichenknötchen, wie facettiert. Spannt man aber die Haut, so verschwinden die Knötchen; sie entstehen also nur durch die vielen feinen Furchen, die sich kreuzen. Von einer wahren Atrophie (Rille, Rasch) ist nach Civatte, Arndt und nach Ansicht des Verf. keine Rede. Die sehr feinen Hämorrhagien, die nach Blaschko durch Glasdruck sichtbar gemacht werden sollen, hat der Verf. nie deutlich gesehen, ebensowenig verschiedene Phasen in der Entwicklung der Eruptionen.

Pigmentation de la peau survenue après le traitement arséno-bismuthique (Pigmentation der Haut nach einer Behandlung mit Salvarsan kombiniert mit Wismut), von V. Feldmann, Vener. Inst. Moskau. S. 386. Courcoux und Bauterier zeigten im Februar 1924 den ersten bisher bekannten Fall von Pigmentierung der Haut nach einer kombinierten Salvarsan-Wismutbehandlung. Die Pat. infizierte sich 1915 und wurde bis 1923 recht mangelhaft behandelt; im August dieses Jahres erhielt sie Quinby, zwölf intramuskuläre Injektionen, und gibt an, gegen Ende der Kur ein urtikarielles Erythem gehabt zu haben. Ende September und im Oktober gleichen Jahres weitere Behandlung mit Quinby; nach der vierten Injektion zeigte sich eine urtikarielle Eruption, die sich bald über den ganzen Körper erstreckt. Nach etwa 2 Monaten zeigte sich fast auf dem ganzen Körper eine Pigmentation in Form von runden und ovalen Flecken, teilweise auch in Form von Streifen. Verf. findet in der ihm zur Verfügung stehenden Literatur keinen weiteren derartigen Fall mehr; doch beobachtete er selbst einen weiteren, nur mit dem Unterschiede, daß bei seinem Fall nicht wie bei dem ersten ein Salvarsanerythem vorausging, sondern ein Wismuterythem. Die histologische Untersuchung zeigt, daß es sich keineswegs um Zunahme des Hautpigments handelt, sondern um kleine Wismutdepots. Nach 7 Monaten war die Haut noch unverändert. Den gleichen Vorgang erzielten Trýb und Beutl, ferner Steinfeld und Meyer experimentell bei Versuchstieren durch Intoxikation mit Bi-Salzen, wo nach dem Tode der Tiere eine dunkle Verfärbung der Dünndarmschleimhaut und der des Colon transversum gefunden wurde. Es war

Digitized by Google

bei der geringen Menge Bi, die sich in den exzidierten Hautstückchen befand, nicht möglich, Bi nachzuweisen.

La pluralité des virus syphilitiques. Revue général critique (Allgemeine, kritische Übersicht über die Pluralität des syphilitischen Virus), von Cl. Simon. S. 392. Klinisch ist beachtenswert: 1. Lues, die zu späteren Nervenerkrankungen führt, macht im allgemeinen geringe oder gar keine sekundären Hauterscheinungen. 2. Nervensyphilis ist in tropischen und subtropischen Gegenden äußerst selten; es kommt dort also fast nur die dermatotrope Art vor. 3. Marie und Beaussard berichten über 27 konjugale Lues; die Ehemänner waren Paralytiker bzw. Tabiker. In 16 Fällen konnte bei der Ehefrau eine Erkrankung des Zentralnervensystems festgestellt werden; bei den übrigen 11 dagegen, und das spricht gegen die Dualität der Erreger, waren die Gefäße und Meningen erkrankt, also Gebilde des Mesoderms. 4. Die Mehrzahl der von Paralytikern abstammenden Geisteskranken zeigte Debilität, Degeneration, Imbezillität, Idiotie usw., nur bei einem zeigte sich hereditäre Lues und Paralyse. 5. Infektionen, die von derselben Quelle verbreitet werden, zeigen vielfach den gleichen Verlauf. Fünf nicht untereinander verwandte Männer wurden durch eine Person infiziert und erkrankten alle an Tabes bzw. Paralyse. Morel-Lavallée berichtet über einen Fall, in welchem eine Puella fünf Männer infizierte; außer dem ersten, der unter den Erscheinungen einer Meningitis verschied, starben die anderen an einer Paralyse. 6. Zerebrale Erkrankungen zeigen eine viel geringere Heilungsmöglichkeit; entweder ist es so, daß nach unitaristischer Auffassung die Spirochäten den Eingriffen gegenüber geschützter liegen, oder aber es ist nach dualistischer Stellungnahme ein weiteres Zeichen für die Verschiedenheit, die sich sogar bei der Therapie zeigt. Erwähnt werden über diese Frage die Theorien von Sicard, Levaditi und Marie, Sèzary und Marinesco. 7. Das gleichzeitige Befallensein mesodermaler Gebilde bei Tabes und Paralyse ist durchaus nicht so selten, wie vielfach angenommen wird. 8. Der dualistischen Auffassung stehen sehr im Wege Analogien aus der Mikrobiologie. Wer spricht von einem dermotropen, pneumotropen oder neurotropen Kochschen Bazillus? oder von einem verschiedenen Virus der Lepra der Haut und der Nerven? Levaditi und Marie wenden dagegen ein, daß es Typhus und Paratyphus gibt und Dysenteriebazillen vom Typus Shiga, Flexner und Hiß, und daß diese Unterschiede sehr wohl eine verschiedene Virulenz und Organotropismus bedingen können. Eine weitere Schwierigkeit ergäbe sich bei der Erörterung über die Kontagiosität der neurotrop Erkrankten; da sich doch keine oder nur extrem selten sekundäre Hauterscheinungen zeigen, so müßte die Infektiösität der neurotropen Stämme gering sein, die Zahl der neurotrop Erkrankten müßte also ständig abnehmen. In Wirklichkeit nimmt nach den gegenwärtigen Beobachtungen die Zahl der Erkrankungen des Zentralnervensystems zu. Als letztes steht noch das Ergebnis der Inokulationsversuche beim Menschen entgegen; Paralytiker dürften zwar wohl immun sein gegen neurotrope Stämme, nicht aber gegen dermatotrope, was aber nicht zutrifft. Die experimentellen Ergebnisse von Levaditi und Marie sind in einigen Sätzen zusammengefaßt folgende: Es zeigt sich bei den Versuchen mit Kaninchen, daß es einen Unterschied in der Inkubationsdauer gibt; ferner ist das Aussehen der durch Inokulation gesetzten Läsionen verschieden und entwickelt sich auch verschieden. Virulenz besteht bei der einen Art für den Menschen, bei der anderen aber nicht; umgekehrt verhält es sich beim Affen. Es gibt also zwei verschiedene experimentelle Erkrankungen des Kaninchens, die eine sicherlich hervorgerufen durch den Erreger der menschlichen Lues, die dermotrope; die andere neurotrope sollte dann durch einen neurotropen Stamm verursacht sein, oder aber handelt es sich um die Spirochaete cuniculi? Nach einer Darlegung der klinischen, bakteriologischen, serologischen usw. Befunde bei der spontanen Spirochätose der Kaninchen und Hasen wirft der Verf. die Frage auf, ob diese nicht vielleicht identisch ist mit der Erkrankung, die Levaditi und Marie durch ihr „neurotropes" Virus hervorrufen können. Auf einer Tabelle werden die charakteristischen Erscheinungen, die man durch experimentelle Kaninchensyphilis erhalten kann, gegenübergestellt. Bei der Lues, dermotropes Virus, ist charakteristisch: Inkubation verhältnismäßig kurz, Primäraffekt induriert, zuweilen ulzeriert, dazu Orchitis. Ort der Wahl zur Inokulation sind die äußeren Genitalien, die Hoden und die Kornea. Histologisch finden sich Gefäßveränderungen und Proliferation des Bindegewebes. Die Spirochäten befinden sich hauptsächlich in der Kutis. Sie sind sowohl für den Menschen als auch den Affen pathogen. Die Entwicklung der Krankheitsbilder ist schnell. Demgegenüber sind für die spontane Kaninchenspirochätose sowohl wie für das neurotrope Virus von Levaditi und Marie übereinstimmend und sich in keiner Weise unterscheidend gemeinsam die relativ langsame Entwicklung der papulosquamösen Primär-

Digitized by Google

läsion und ihre Lokalisation an den äußeren Genitalien. Der Sitz der Läsion ist die Epidermis, wo sich auch die Erreger finden lassen. Ihre Entwicklung geht langsam vor sich; es kommt zu spontaner Heilung und manchmal zu Rezidiven nach langer Zeit. Nach Besprechung der Arbeiten von Fournier und Schwarz, ferner Plaut, Mulzer und Neubürger kommt Verf. zu dem Resultat, daß die Theorie von Levaditi und Marie etwas außerordentlich Verführendes für sich hat, aber leider noch nicht ausreichend bewiesen werden konnte. Wegen der Kaninchenspirochätose, die an den Versuchstieren leicht zu Fehlschlüssen führen kann, hält der Verf. die Kaninchen als Versuchstiere bei experimentellen Arbeiten mit Syphilis durchaus für ungeeignet und glaubt, daß die Frage der Dualität des syphilitischen Virus nur durch Versuche am Menschen oder am Affen geklärt werden kann. F. J. Baar-Bad Kreuznach.

Archives of Dermatology and Syphilology.

1925, Bd. 12, Nr. 3.

The „Erythema Group" of Skin Diseases (Die Erythemgruppe der Hautkrankheiten), von M. F. Engman und R. S. Weiss-St. Louis. S. 325. Die Literatur über die Erythemgruppe wird ausführlich wiedergegeben mit besonderer Berücksichtigung der ätiologischen Faktoren. Durch den Blutstrom werden sowohl chemische als auch toxische und bakterielle Schädigungen dem Hautgewebe übermittelt, und dieses reagiert durch eine Form der in der Erythemgruppe enthaltenen Exantheme (Urticaria, Erythem. multif.. Pemphigus, Purpura usw.).

The Wassermann Test: XV. The Effect of Bismuth on the Wassermann Reaction in Patients Unresponsive to Arsphenamine (Die Wassermann-Reaktion: XV. Die Wirkung des Wismuts auf die Wassermann-Reaktion bei salvarsanresistenten Patienten), von D. L. Belding-Boston. S. 334. Die Behandlung mit Wismut vermindert die Stärke der WR sowohl bei Fällen, die auf Salvarsan reagieren als auch bei salvarsanresistenten Patienten. 39%, darunter besonders salvarsanresistente Fälle, wurden seronegativ. Die Besserung trat bei $^9/_{10}$ der Behandelten nach Beendigung der Behandlung ein und das letzte Zehntel in der 16. Woche. Bei veralteter Syphilis wirkt Wismut nicht anders als Salvarsan auf die WR. Das seronegative Resultat der Behandelten scheint dauernd bei ausreichender Behandlung zu bleiben; wenigstens wurde im Laufe von 6 Monaten keine positive WR beobachtet. Das Negativwerden der WR geht parallel mit der Intensität der Wismuthehandlung.

Observations on the Sigma Reaction for Syphilis (Beobachtungen über die Sigma-Reaktion für Syphilis), von H. E. Smiley. S. 345. Die Sigma-Reaktion, eine modifizierte SGR, bietet einen wertvollen Fingerzeig für die Wirkung der Behandlung. Die Stärke der Sigma-Reaktion wird offenbar durch die Behandlung nicht beeinflußt, während die WR nach der Behandlung meist negativ ist. Eine weit bessere Information kann durch eine Reihe Sigma-Reaktionen erfolgen als durch eine gleiche Reihe von WR.

Cause of Nitritoid Crisis Following Intravenous Injection of Arsenicals (Ursache des angioneurotischen Symptomenkomplexes nach intravenösen Injektionen von Salvarsan), von E. F. Müller-New York. S. 349. Pat., die nach Arsphenamin den angioneurotischen Symptomenkomplex und nach Silberarsphenamin entsprechend eine Verminderung der Leukozyten zeigten, hatten das letztere Symptom auch nach der Widalschen Probe, d. h. nach Genuß von 200 ccm Milch auf leeren Magen, ohne an einer Leberinsuffizienz zu leiden. Es ist also Tatsache, daß bei diesen Pat. abnorme Verhältnisse vorliegen. Nicht das Medikament ist schuld, sondern eine ungewöhnliche Reaktion des sympathischen Nervensystems. Diese ist im Körper latent, wird durch die Injektion ausgelöst und ist bedingt durch eine Störung im sympathischen Nervensystem.

Leukoderma Following Dermatitis Venenata (Rhus Toxicodendron) (Leukoderm nach einer Giftpflanzendermatitis [Rhus toxicodendron]), von L. Mac Carthy und L. K. Mac Cafferty-New York. S. 356. Ein Leukoderm, das nach einer abgeheilten Dermatitis infolge Rhus toxicodendron unter Sonnenbestrahlung entstanden war, wurde durch Höhensonne erfolgreich beeinflußt.

Universal Psoriasis Complicated by Tumor-Like Formations (Eine universelle Psoriasis mit geschwulstähnlichen Bildungen), von O. L. Levin-New York. S. 360. Eine Psoriasis mit geschwulstähnlichen Erscheinungen erregte Verdacht auf Mycosis fungoides; aber eine genaue klinische und mikroskopische Prüfung schloß nicht nur diese Dia-

Digitized by Google

gnose, sondern auch Psoriasis verrucosa, Kaposi-Sarkom, Parakeratosis und Arsenkeratose aus. Die Geschwülste zeigten dasselbe mikroskopische Bild wie eine typische Psoriasis; nur Unterschiede in der Stärke der Infiltration und des Ödems waren vorhanden. Vielleicht mag Arsen die Entwicklung der Tumoren begünstigt haben. Injektionen mit Eigenserum brachten die Tumoren zum Verschwinden; nach Aufhören der Therapie bildeten sie sich wieder.

Lichenoid Sarcoid: An Unusual Case (Lichenifiziertes Sarkoid: Ein ungewöhnlicher Fall), von C. S. Wright-Philadelphia. S. 374. Der Fall war ungewöhnlich insofern, als zuerst depigmentierte Stellen erschienen, in denen sich lichenoide Plaques bildeten. Die betreffende Pat. litt an Lungentuberkulose, die 4 Jahre nach den Hauterscheinungen sich manifestierte. Tuberkelbazillen wurden in den Plaques nicht gefunden. Nach Kyrles Ansicht entstehen die Hautherde durch Tuberkelbazillen, die bald nach der lokalen Reaktion verschwinden. Kyrle konnte 1921 an mehreren Fällen nur innerhalb von 10 Tagen Tuberkelbazillen im Schnitt nachweisen; nach dieser Zeit verschwanden sie.

Studies on Hair, with Special Reference to Hypertrichosis (Studien über das Haar, mit besonderer Berücksichtigung der Hypertrichose), von C. H. Danforth-Stanford, Kalif. S. 380. Bericht über Fälle mit allgemeinem oder partiellem übermäßigen Haarwuchs mit Erörterung der verschiedenen Ätiologie. L. Mühlpfordt-Allenstein.

Proceedings of the Royal Society of Medicine. Dermatological Section.

Sitzung vom 21. Mai 1925.

P. L. Bosellini: **Bowen's Disease** (Bowensche Krankheit). Überblick über die bisherige Entwicklung der Anschauungen über die Krankheit. Zwei Fälle, in deren einem deutliche Beziehung zu Naevi und Verrucae seniles.

Henry MacCormac: **Fall von Granuloma annulare.** Seit 15 Jahren Entwicklung von Knötchen an der Hand, die erst allmählich charakteristisches Aussehen annimmt.

Henry MacCormac: **Case of Leprosy** (Fall von Lepra). 9jähr., aus Brasilien stammender Knabe.

F. Parkes Weber: **Cutaneous Xanthosis, Especially of the Palms of the Hands, in a Patient with Grave Diabetes Mellitus** (Hautxanthose, besonders an den Handflächen, bei einem Patienten mit schwerem Diabetes mellitus). Ockergelbe Färbung an den Handflächen, geringer an den Füßen und im Gesicht. Besserung unter Insulinbehandlung. E. Levin-Berlin.

The British Journal of Venereal Diseases.

1925, Bd. 1, Nr. 3.

The Vaccine Therapy of Gonococcal Infections (Impfbehandlung des Trippers), von J. W. H. Eyre. S. 149. Die ganze Vakzinetherapie ist im Vergleich zum Wirken der Natur nur Stückwerk, doch liegen im Gegensatz zu den meisten anderen Krankheiten gegen Blennorrhoe von Geburt her keine spezifischen Antikörper vor, sind auch beim Gesunden zum Schutz gegen die Erkrankung nicht erzeugbar. Serologisch und farbtechnisch können verschiedenartige Gonokokken dargestellt werden; die 3 Haupttypen findet man in der Blennorrhagie der Erwachsenen, den Gelenkergüssen und den akuten Genitalerkrankungen. Polyvalente Vakzine ist von besonderem Wert, da es oft schwierig ist, autogene Vakzine herzustellen. Injektionen von 5 Millionen Keimen sollten nicht öfter als einmal die Woche, von 15 Millionen nicht öfter als alle 14 Tage vorgenommen werden. Bei Mischinfektion mit Staphylokokken sind besser keine Mischvakzine, sondern zwei verschiedene Vakzine anzuwenden.

The Vaccine Treatment of Gonococcal Infections with Special Reference to Detoxicated Vaccines (Vakzinebehandlung des Trippers mit besonderer Berücksichtigung der entgifteten Vakzine), von D. Thomson. S. 160. Mit durch Alkalibehandlung entgifteter Vakzine kann recht Gutes erreicht werden, um so mehr als man die Dosen damit leichter steigern kann. In der Vakzinetherapie muß der Sekundärinfektion mehr Rechnung getragen werden.

Digitized by Google

The Vaccine Therapy of Gonococcal Infections (Vakzinebehandlung des Trippers), von D. Thomson. S. 167. Die Wirkung der verschiedenen Vakzine ist sehr ungleich, und eine besonders gute Wirkung — manchmal einem Zufall zuzuschreiben. Entgiftete Vakzine durch Alkoholextraktion herzustellen, empfiehlt sich nicht, wirksam ist mit Berkefeldtfilter gefilderte alkalische Vakzine.

Gonococcal and Syphilitic Affections of the Eyes (Blennorrhoische und syphilitische Augenleiden), von N. B. Harman-Canterbury. S. 183. In einem Blindenheim, Blindenschulen und der Privatpraxis hat Verf. über 5000 Blinde untersucht. Es gibt 3 Gruppen von Blindheit: Oberflächenentzündungen, Augapfelentzündungen und angeborene Defekte. Über 49% der Erblindungen sind der Blennorrhoe zuzuschreiben, 8% durch Diphtherie, Streptokokken oder Scharlach entstanden, 11% durch kongenitale Syphilis des Augapfels, 30% durch kongenitale Defekte, die zum guten Teil auch durch kongenitale Syphilis bedingt sind. Innerhalb von 14 Jahren wird eine Abnahme der Erkrankungen an Ophthalmia neonatorum um 6 : 100000, bei Syphilis um 4 : 100000 festgestellt.

Sterility in the Male (Sterilität des Mannes), von K. M. Walker. S. 192. Wenn auch die häufige Schuld des Mannes an der Sterilität der Ehen jetzt gewürdigt wird, werden trotzdem noch heutzutage Operationen an Frauen ausgeführt, ohne daß die Schuldlosigkeit des Mannes an der Kinderlosigkeit vorher festgestellt wurde. Read fand bei 253 kinderlosen Ehen 167mal den Mann als schuldigen Teil. Normalerweise sollen mit einer Ejakulation etwa 200 Millionen Spermatozoen geliefert werden. Die Ursache der Sterilität ist entweder eine Unfähigkeit der Keimdrüsen oder eine mechanische Blockade. Letztere ist fast immer durch Tripper bedingt. Das Hindernis sitzt am häufigsten am unteren Nebenhodenpol.

The Toxic Effects of Arsenobenzol Treatment and their Prevention (Giftwirkung des Salvarsans und ihre Verhütung), von D. Lees. S. 198. Salvarsan und Neosalvarsanlösungen müssen filtriert und langsam und sorgsam injiziert werden. Bei besonders empfindlichen Personen wird 3 Minuten vor der Einspritzung 1 ccm Adrenalin intramuskulär, oder eine halbe Stunde vorher Atropin subkutan gegeben. Bei drohender Enzephalitis hat sich Aderlaß, Lumbalpunktion und Adrenalin bewährt. Bei groben Zeichen von Intoleranz ist es das beste, zu Bi überzugehen. Gerade bei resistenten Fällen soll man sich daran erinnern, daß man nicht nur eine syphilitische Infektion, sondern einen Menschen behandelt, soll größere Pausen einschieben, während deren man Eisen geben kann. Bei Dermatitis muß auch in leichten Fällen durch Bettruhe die Gefahr der Bronchopneumonie vermieden werden. Sonst hat sich innerlich Schwefel und intravenöse Thiosulfatinjektion bewährt.

The Incidence of Neuro-Recurrences in Syphilitic Patients Previously Treated with Arsenobenzol (Erkrankung des Nervensystems bei Syphilis nach vorangegangener Salvarsanbehandlung), von H. Nicol. S. 225. Von 100 Fällen von Tabes und Paralyse waren nur vier vor Einsetzen der nervösen Symptome mit Salvarsan behandelt worden, aber in ganz ungenügender Weise. F. Rosenthal-Berlin.

Bücherbesprechungen.

Das Tatauierungswesen im heutigen Europa, von E. Riecke. (Verlag G. Fischer, Jena 1925.) Verf. hat sich der dankenswerten Aufgabe unterzogen, das Gebiet der Tätowierungen oder, wie es nach den Darlegungen des Verf. richtiger zu heißen hat, der Tatauierungen in Form des vorliegenden Atlas zusammenzufassen und in kurzer präziser Darstellung dieses interessante Gebiet kulturhistorisch und von histologisch-dermatologischen Standpunkt dem Leser zu veranschaulichen. Sehr gute und klare Photogramme erläutern den Text. Wichtig für das Verständnis der Tatauierungen und für ihre Behandlung, die ebenfalls eingehend besprochen wird, ist die Beschreibung der Histologie, aus der man ein Bild von der Verteilung des Farbstoffes in der Haut erhält, ebenso bedeutsam sind aber auch die Auseinandersetzungen über die Form und die Art und Weise des Tatauierens. Die Lombrososche Theorie, daß nur der sittlich defekte Mensch, wie der geborene Verbrecher und die geborene Dirne, sich tatauieren lassen, entspricht nach den Erfahrungen des Verf. nicht den Tatsachen, wenngleich auch er den Gedanken ausspricht, daß eine niedere Kulturstufe mit wenigen Ausnahmen die Vorbedingung für das Tatauieren im Sinne eines Volksbrauches sei. Interessant ist be-

Digitized by Google

sonders auch das Kapitel „Was tatauiert sich der Europäer?“ Im allgemeinen werden die tatauierten Bilder aus folgenden Gebieten genommen: 1. Ornamente, Symbolik und Romantik; 2. Theater, Varieté, Zirkus usw.; 3. Gewerbe; 4. Patriotismus, Politik, Heer und Flotte; 5. Erotik; 6. Religion und 7. Varia. Allerdings scheint es, daß Verf. das Kapitel Erotik etwas wenig berücksichtigt hat, da er die Tatauierungen aus diesem Gebiete für nicht so häufig wie andere hält. Es dürfte dieses wohl ganz von der Bevölkerungsart abhängen, da z. B. auch unserm großstädtischen Material gerade die Erotik einen großen Umfang einnimmt (Ref.). Der Beseitigung der Tatauierungen ist ein ausführliches Kapitel gewidmet. Es ist ein interessantes Buch, weniger durch seinen Lehrwert als durch seine kulturhistorische und soziale Momente berücksichtigende Darstellung, und es ist jedem aufs wärmste zu empfehlen, der Sinn und Interesse für dieses uns täglich begegnende Gebiet hat und für alle, an die die Frage der Beseitigung der Tatauierungen häufig herantritt. E. Langer-Berlin.

Sexual- und Fortpflanzungshygiene, von K. Hintze. (Verlag C. Kabitzsch, Leipzig 1925.) Die aus Vorlesungen vor Studierenden aller Fakultäten entstandene Schrift wendet sich als Einführung in die Probleme der Sexualität, der Vererbung und Fortpflanzung an einen Leserkreis, der sich noch nicht mit diesem Gebiet beschäftigt hat. In leicht eingängiger Darstellung wird Entstehung und Wesen des Geschlechtstriebes in seinem normalen und abnormen Ablauf behandelt: die Geschlechtskrankheiten werden in ihrer Bedeutung für Fortpflanzung und Vererbung gewürdigt und hierauf in 3 Kapiteln der heutige Stand der Kenntnis über die verschiedenartigen Wege der Fortpflanzung und die Vererbungsprobleme vermittelt, von der niederen Tierreihe bis zum hochentwickelten Säugetier und Menschen aufsteigend. Die Lehren Georg Mendels sowie die Arbeiten Weismanns, Lamarks u. a. sind berücksichtigt. Endlich werden die Versuche, die Erbforschung für die menschliche Nachzucht verwendbar zu machen, maßvoller Kritik unterzogen. F. Callomon-Dessau.

Die Tuberkulose, von Th. J. Bürgers. (Verlag E. Deleiter-Dresden.) Ein ganz treffliches, gemeinverständliches Büchlein, das in kurzen Zügen (auf 40 knappen Seiten) alles für den Laien Wissenswerte und Wichtige zusammenfaßt. Die einzelnen Kapitel besprechen: 1. Die Verbreitung der Tuberkulose, 2. Das Wesen der Krankheit. 3. Die Form der Tuberkulose (des Menschen) und die Tuberkulose der Tiere, 4. Ansteckungsweise, 5. Disposition zur Tuberkulose, 6. Verhütung, 7. Indirekte Maßnahmen zur Tuberkulosebekämpfung (Wohnungshygiene, Körperpflege, möglichst intensiven Turnbetrieb usf.), 8. Gesetzliche Bestimmungen und Einrichtungen zur Verhütung der Tuberkulose (Reichsversicherung, Heil-, Walderholungsstätten), 9. Die Tuberkulose-Auskunfts- und -Fürsorgestellen. Das preußische Gesetz zur Bekämpfung der Tuberkulose vom 4. August 1923 ist anhangsweise beigefügt. Das gemeinnützige Büchlein würde am besten in allen Fürsorgestellen an die Kranken und deren Angehörige zur Verteilung kommen. M. Stern-München.

Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung, von J. Schwalbe, Abt. Chirurgie. Heft 10. (Verlag G. Thieme-Leipzig.) Die bekannte Schwalbesche Sammlung bringt als 10. Heft der Gruppe „Chirurgie“ die chirurgischen Erkrankungen und Verletzungen der Harnorgane, von Voelcker und Ledderhose bearbeitet, sowie chirurgische Erkrankungen und Verletzungen der männlichen Geschlechtsorgane von Pels Leusden verfaßt. Da Ledderhose vor Erscheinen des Heftes starb, hat von Redwitz-München die Überprüfung des von Ledderhose gelieferten Beitrages übernommen. Da das Werk in erster Linie für den Allgemeinpraktiker gedacht ist, so ist die knappe Form der Darstellung zu begrüßen, welche trotz der Kürze genügt, um den Leser vor diagnostischen und therapeutischen Irrtümern zu bewahren. Der Stoff ist im Rahmen des beabsichtigten Zweckes erschöpfend behandelt. Die modernen urologischen Untersuchungsmethoden ermöglichen fast immer ein Vermeiden von Irrtümern, wenn sie zur rechten Zeit und am rechten Platz angewandt werden. Die Erkennung und Behandlung von Erkrankungen der Harnröhre, Blase, Nieren und Harnleiter kann dem Praktiker und Nichtfachurologen sehr erleichtert werden, wenn er die vorliegenden Ausführungen berücksichtigt. Auch sieht er die ihm gesteckten Grenzen, über welche hinaus der Spezialist in Tätigkeit zu treten hat. — Das Buch wird jeden, der sich daraus Rat zu holen sucht, vor Irrtümern bewahren. Wenn einzelnes, wie z. B. die diagnostische Bedeutung der Pyelographie, nur andeutungsweise erwähnt wird, so ist dies beabsichtigt und mit dem Zweck des Buches begründet. O. A. Schwarz-Berlin.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Urogenitalapparat.

c. Hoden, Samenbläschen, Prostata.

Les inflammations chroniques de la prostata et leur traitement (Die chronischen Entzündungen der Prostata und ihre Behandlung), von Raymond Darget. (J. de Méd. de Paris, 1925, S. 18, S. 377—379.) Jede Prostatitis ist infektiöser Natur. Die Erscheinungen sind sehr wechselnder und vielgestaltiger Art. Untersuchungsmethoden, Behandlung. Empfohlen wird besonders Massage in Verbindung mit Vakzinetherapie. E. Levin-Berlin.

Über Spermazellen, Gestalt, Bewegung, Lebensdauer, von M. Posz-Budapest. (Gyógyászat, 1925, Nr. 11.) Der Autor sammelte seit Jahren die Abzeichnungen der verschiedenen Spermaformen. Er fand kleinköpfige, großköpfige und riesenköpfige Spermien. Er bemerkte kugelartige, große und kleine Spermienköpfe. Er zeichnete mißgestaltete Köpfe, länglich ausgezogene, pfeifenartig gekrümmte. Er fand Abweichungen der Mittelstücke, wo der Kopf in der Mitte derselben saß. Zwei Köpfe mit einem Schwanz. Zwei Schwänze mit einem Kopf. Drei Schwänze von einem dicken Mittelstück ausragend, wo der Kopf in der Mitte derselben plaziert war. Kopflose Spermien bewegten sich lebhaft. Zwei Köpfe in der Länge zusammengeflossen. Die Bewegungen waren bei manchen Individuen sehr lebhaft, sozusagen zielbewußt. Sie stürmten eine Rundzelle oder einen Amylumkörper (vom Kondom) von mehreren Seiten. Sie wiederholten die Angriffe öfters, bis sie nach Überzeugung der Täuschung ein anderes Objekt fanden. Sie kehrten zurück und nahmen von derselben Richtung einen größeren Schwung zum wiederholten Angriff. Die mit langem Schwanze scheinen sich langsamer zu bewegen, als solche mit kurzem Schwanze. Die Dauer der Bewegungen dauerte an einem warmen Sommertage bis 36 Stunden. Im Winter bei Zimmertemperatur dauerte die Bewegung unter dem Deckglas 5—15 Minuten. Die Bewegung wird sukzessiv langsamer, und das Schwanzende scheint fast anzukleben. Die Färbung gelingt am besten mit Spirsildoppelfärbung zuerst mit Methylenblau. Der dicke Teil des Kopfes wird blau, der abgeflachte Teil rosa, der Schwanz rot und zeigt sich gefärbt viel länger. Die Spermien erhält man 1. im Kondom, 2. post coitum von der Harnröhre, 3. durch Prostatamassage, 4. post coitum von der Vagina. Illustriert mit 30 Figuren. Autoreferat.

Über Seminome und ihre Behandlung mit Röntgenstrahlen, von M. Nemenow-Leningrad. Strahlenther., 1925, Bd. 19, H. 4, S. 679.) Die bösartige Geschwülste der Hoden, die wegen ihres epithelialen Ursprunges als „Seminome" bezeichnet werden, gehören ebenso wie ihre Metastasen zu den am meisten radiosensiblen Neubildungen. Deshalb müssen alle solche Geschwülste möglichst früh der Röntgentherapie unterzogen werden, da jede andere Behandlung, die chirurgische eingeschlossen, keine Aussichten auf Erfolg haben kann. Bei Vorhandensein eines primären Tumors soll die chirurgische Kastration vorgenommen werden. Bei jeder Kastration ist die histologische Untersuchung der Geschwulst vorzunehmen, da man sich keinesfalls auf das makroskopische Bild verlassen kann. Diese Grundsätze sind auch bei der Exstirpation epithelialer Geschwülste des Eierstocks anzuwenden. Th. Lilienstein-Hamburg.

Primary Carcinoma of the Left Seminal Vesicle (Primäres Karzinom der linken Samenblase), von O. Lyons-Denver-Colorado. (J. of Urology, 1925, Bd. 13, Nr. 4, S. 477.) Verf. konnte nur 9 Fälle bisher in der Literatur feststellen. Er beschreibt den 10. bei einem 77jähr. Lokomotivführer, der plötzlich einen ziemlich heftigen Schmerz in der linken Leistengegend verspürte, der in das linke Bein hinabzog. Der Arzt stellte eine Prostatahypertrophie fest und schlug lokale Behandlung vor. Die Schmerzen wurden aber immer heftiger, und er kam zum Verf. zur Prostatektomie. Es fand sich ein großer Tumor zwischen Blase und Rektum auf der linken Seite an der Stelle der linken Samenblase mit einem Ödem des Beines und hochgradiger Schwäche desselben. Dabei bestand Prostration, so daß katheterisiert werden mußte. Pat. starb etwa 4 Monate nach der ersten Untersuchung durch Verf. Die ganze Zeit hindurch mußte er katheterisiert werden. Es zeigten sich bei der Autopsie Metastasen in Lungen, Pleura und Leber, der Primärtumor saß in der linken Samenblase. A. Rosenburg-Mannheim.

Digitized by Google

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Einseitige Ureterduplizität, von St. Thurn-Rumbach-Budapest. (Orvosi Hetilap, 1925, Nr. 4.) Bei einer 33jähr. Frau mit hartnäckiger Zystitis wurden bei der Zystoskopie 3 Ureteröffnungen gefunden. Auf der linken Seite war noch eine dritte mit 2 cm über dem Trigonum gelegener Öffnung, welche schwer den Ureterkatheter durchläßt. Alle drei Katheter zeigten rhythmische Entleerung.

M. Porosz-Budapest.

e. Weibliches Genitale.

The Infection of the Female Genitalia by the Organism of Vincent with Report of a Case (Die Infektion der weiblichen Genitalien mit dem Vincentschen Bazillus mit Beschreibung eines Falles), von Ed. Mc.Cormac-Louisiana. (J. of Urology, 1925, Bd. 15, H. 5, S. 565.) Verf. beobachtete eine 32jähr. Näherin, die seit 10 Tagen an heftigen Schmerzen im Mastdarm litt. Sie hatte 3 gesunde Kinder, keine Blennorrhoe, keine Syphilis, auch sonst keine ernste Krankheit. Sie leugnet jede Absonderung aus Scheide oder After, hat nur eine Ulzeration außen gerade am After, die immer größer wurde. Sie hatte einige Tage vorher einen verdächtigen Verkehr mit einem Manne, der eine starke Halsentzündung hatte und der vor dem Koitus den Penis mit Speichel anfeuchtete. — Die gynäkologische Untersuchung zeigte eine seropurulente Absonderung, mit Blut untermischt, aus der Zervix und der Scheide. Keine Ausscheidung aus dem Rektum. Der untere Teil der kleinen Labien ist ödematös geschwollen, leicht induriert und gerötet. Zwischen den beiden Labien liegt eine Ulzeration von 1 cm Durchmesser, von blutig-schleimiger Masse bedeckt. Die Raphe und der Anus sind gerötet, sehr empfindlich und hypertrophiert. Rektum und Anus sind zu empfindlich, als daß man sie untersuchen könnte. Die Drüsen sind nicht verändert. Die bakteriologische Untersuchung zeigt die typischen fusiformen Bazillen Vincents. Die Behandlung bestand in warmen Klistieren à 0,6 g Neosalvarsan in 1/4 Liter warmes Wasser und in einer Salvarsansalbe auf die Ulzera. Außerdem wurden im Wechsel mit den Salvarsanklistieren Kalziumbikarbonatklistiere gegeben. Am 15. Tage wurde Pat. geheilt entlassen und hatte auch später keine Störungen mehr. — Die Differentialdiagnose gegen Syphilis war schwer und nur bakteriologisch zu sichern.

A. Rosenburg-Mannheim.

Sexual-Pathologie und -Hygiene.

Das Problem der Sexualpädagogik, von E. Stern-Gießen. (Zschr. f. Sexualw., 1925, Bd. 12, H. 3, S. 73—84.) Die Erfüllung der besonderen Aufgaben der sexuellen Erziehung erfordert die Kenntnis der Problematik des sexuellen Lebens. Die Sexualität ist triebhafter Natur, das Ziel des Triebes ist die Befriedigung, sein objektiver Zweck die Fortpflanzung. Im Gegensatz zum Tier ist beim Menschen der Geschlechtstrieb über die biologische Grundlage hinausgewachsen; er gibt die Grundlage für die edelsten Beziehungen, die Liebe, die Erotik ab. Die Einstellung zum Geschlechtstrieb ist von der zu anderen menschlichen Trieben wesentlich verschieden, es wirkt immer noch der Einfluß der asketischen Richtung auf die Bewertung des Geschlechtslebens nach. Außerdem kommt noch in Betracht, daß der Geschlechtstrieb der besonderen moralischen Bewertung unterliegt. Bei der Sexualität fallen ferner Ziel und Zweck des Triebes auseinander, beides ist unabhängig voneinander zu erreichen. Überwiegt die rein sinnliche Seite der Sexualität, so besteht die Gefahr, daß der Trieb überwuchert; er bedarf der bewußten Beherrschung durch die Gesamtpersönlichkeit. Daraus ergibt sich auch die Notwendigkeit, die sexuelle Erziehung als Teil der Gesamterziehung zu betrachten. Die heutige Krisis auf dem Gebiet des sexuellen Lebens ist eine Teilerscheinung der allgemeinen Verwirrung und Unsicherheit, die aus der schrankenlosen Auflösung alter Normen entstanden ist. Die Problematik des sexuellen Lebens ist nur zu lösen, wenn aus der allgemeinen Problematik unseres Lebens ein Ausweg gefunden wird.

E. Levin-Berlin.

Schulärztliche Tätigkeit bei sexuellen Verirrungen und sexuellen Erkrankungen, von Rohleder-Leipzig. (D. m. W., 1925, Nr. 19, S. 790.) Verf. unterscheidet

Digitized by Google

zwischen schulärztlicher Tätigkeit in Volksschulen und solcher in Fortbildungs- und höheren Schulen. Aufgabe des Arztes in Volksschule ist es, der Masturbation entgegenzutreten. Dies kann geschehen, indem er sich mit dem Schulleiter und dem betreffenden Lehrer in Verbindung setzt und dem betreffenden Kinde in übertriebener Weise die Folge der Onanie auseinandersetzt. Ferner soll der Schularzt an einem Elternabend einen Vortrag über „Sexualpädagogik in der häuslichen Erziehung halten und den Eltern Aufklärung geben, wie sie auf die Kinder einwirken und wie sie häusliche Prophylaxe treiben sollen. Sodann wäre Aufklärung der Kinder beim Verlassen der Schule erforderlich. Auch die Lehrerschaft könnte viel zur Bekämpfung der Onanie beitragen. Verf. verweist auf sein Buch „Masturbation". In höheren Schulen und Fortbildungsschulen muß der Schularzt außer auf Onanie auf das Vorhandensein von Geschlechtskrankheiten sein Augenmerk richten. Für die männliche Jugend kämen Reihenuntersuchungen auf sexuelle Erkrankungen in Betracht. Geschlechtskranke Schüler sollten längere Zeit der Schule ferngehalten werden. Bei sexuellen Abnormitäten müssen die betreffenden Kinder sogleich einem Arzt zugeführt werden. Sexuell frühreife Kinder sind aus der Schule zu entfernen oder für längere Zeit zu dispensieren. Konstatiert der Schularzt ein Unzuchtsattentat an einem Kinde, so hat er den Eltern Mitteilung zu machen. Die Untersuchung der Kinder hat stets in Gegenwart einer dritten Person stattzufinden, um gegen § 174, 2, 3 des StGB. geschützt zu sein. Selten wird der Schularzt Gelegenheit haben in Fällen von Sadismus, Masochismus, Exhibitionismus und Homosexualität eingreifen zu müssen.

F. Harry-Wiesbaden.

Prostitution, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Persönliche Prophylaxe und Abortivbehandlung bei Geschlechtskrankheiten, von E. Finger. (W. m. W., 1925, Nr. 17, S. 977.) Kurze kritische Besprechung einer Reihe von prophylaktischen und abortivtherapeutischen Maßnahmen gegen Tripper und Lues ohne alle älteren und neueren Methoden vollständig zu erschöpfen. Kurzer historischer Rückblick. E. Langer-Berlin.

Die Sexualprobleme im Deutschen Strafgesetz-Entwurf 1925, von W. Mittermaier. (Zschr. f. Sexualw., 1925, Bd. 12, H. 2, S. 41—49.) Nach Besprechung der für die Sexualprobleme in Frage kommenden Paragraphen (Unzucht, Gewalthandlungen und Schändung, unzüchtige Schriften, Inzest, Kuppelei, Zuhälterei, Frauenhandel, Prostitution, die als solche unter keine Rubrik mehr fällt), wird das Gesamturteil dahin zusammengefaßt, daß der Entwurf ein Kompromiß zwischen alter und neuer Auffassung darstellt. Letzterer ist nicht überall genügend Rechnung getragen; in vieler Beziehung ist der Entwurf veraltet, befriedigt daher nicht. Allerdings darf auf dem Sexualgebiet nicht die Losung des freien Sichauslebens aufgestellt werden. E. Levin-Berlin.

Vier Jahre Geschlechtskrankheitenstatistik in Nürnberg, von L. Voigt-Nürnberg. (M. m. W., 1925, Nr. 15, S. 593.) Bei der Berechnung der Zahl der Geschlechtskrankheiten werden, worauf Verf. schon vor Jahren im Bayr. ärztl. Korrespondenzblatt, allerdings vergeblich und zum Mißfallen anders Eingestellter, hingewiesen hat, grobe Fehler gemacht, indem man den Einfluß wirtschaftlicher und anderer Faktoren auf den Besuch von Polikliniken nicht berücksichtigt hat. Solche Fehler werden vermieden, wenn, wie in Nürnberg, die Gesamtheit der Anstalten und Ärzte einer Stadt über die behandelten Geschlechtskranken berichtet. (Bis 1920 hat sich [laut den Meldungen einschlägiger Nürnberger Fachärzte] ein Steigen der Geschlechtskrankheiten gezeigt; das war Kriegs- und Revolutionsfolge gewesen. Das Gleiche berichtet aber auch Schweden, wo es als Folge des zu üppigen Lebens aufzufassen sei.) Probemonate waren November 1921 und der Mai 1922, 1923 und 1924. Die gewonnenen Zahlen zeigen, daß die Geschlechtskrankenziffer geradezu herabstürzt. Die Syphilis ist auf etwa die Hälfte zurückgegangen, die Blennorrhoe um ein Drittel. 1924 trat leider wieder ein nicht unerheblicher Anstieg auf. Die Frauenkurve fällt langsam ab, was sich mit der längeren Dauer des Trippers beim Weibe und dem späteren Eintreten der schweren Folgen erklärt. Betrachtet man nur die Neuzugänge, so ist das Verhältnis Syphilis — Blennorrhoe von 1:2 im November 1921 auf 1:4 im Mai 1924 gefallen. Das sei Folge der Salvarsanbehandlung,

Digitized by Google

welche die ansteckenden Symptome rasch beseitigt. 1921 steckten sich noch mindestens 1% der Nürnberger Bevölkerung jährlich frisch mit einer Geschlechtskrankheit an, 1924 nur mehr ½%. Der Höhepunkt ist bei beiden Geschlechtern im 3. Jahrzehnt; im 2. Jahrzehnt überwiegen die Frauen. Traurig sind die Berichte über die sog. Hausansteckungen von Kindern, wobei aber auch Ansteckungen durch Geschlechtsverkehr mit eingerechnet sind. Die Erbsyphilis zeigte eine Abnahme um ein Drittel. Hausübertragungen kommen aber auch bei Erwachsenen vor. Unter den Kranken befanden sich in allen 4 Jahren 11% Verheiratete (13% Männer, 9% Frauen), ansteckende Syphiliker 28% (26% Männer, 30% Frauen). Von der Gesamtzahl der im Probemonat behandelten Kranken überhaupt befanden sich 13% der Männer und 17% der Frauen im ansteckenden Stadium der Syphilis. Weitere Tabellen bestätigen, was man über die Verteilung der verschiedenen Luesformen auf die einzelnen Lebensalter und die Bedeutung der Syphilis für die verschiedensten Organerkrankungen schon weiß. Die Hälfte aller Tabiker und Herzkranker war nie spezifisch behandelt worden, und wo behandelt war, war dieses — gleichviel mit welchem Mittel — ungenügend gewesen. Mit Recht tritt Verf. den aus einzelnen Kranken- und Irrenanstalten heraus publizierten unvorsichtigen Veröffentlichungen über Salvarsanschädigung oder -wirkungslosigkeit entgegen. Die einzelnen Bevölkerungsklassen beteiligen sich entsprechend ihrer Zahl gleichmäßig an den Geschlechtskrankheiten. Außer bei den Soldaten hat bei den Arbeitern und Beamten die Zahl der Geschlechtskrankheiten stärker abgenommen als bei den anderen Ständen (Folge der schlechten wirtschaftlichen Lage), während bei den Frauen diese Unterschiede nicht so stark hervortreten. (Prostitution und wilder Geschlechtsverkehr! Ref.) Die Zahl der in der Ehe angesteckten Frauen übersteigt die der Männer bei weitem. Vor allem bei der Syphilis. Wenn die Zahlen der Ansteckungen an Dirnen, trotz der überstürzten Aufhebung der kasernierten Prostitution, nicht größer geworden ist, so hängt das davon ab, daß diese Prostituierten einen Nebenberuf haben oder angeben. Daß in diesem Jahre die Geschlechtskrankheiten wieder leise zu steigen beginnen, ist ein Warnungszeichen und zwingt zur Forderung eines Kurpfuscherverbotes.

A. v. Notthafft-München.

Verschiedenes.

Einige Ergebnisse der vereinfachten und verbesserten Abderhaldenschen Methode für die Sexualwissenschaft, von H. Sellheim. (Zschr. f. Sexualw., 1925, Bd. 12, H. 1, S. 1—9; H. 2, S. 56—65.) Benutzt wurde ein eigenes, völlig aminosäurefreies Substrat. An Stelle des Dialysierverfahrens wurde zu dem dem Brutschrank entnommenen Serumsubstratgemisch im Reagenzglas 96%iger Alkohol gesetzt und 1 Minute aufgekocht. Dabei werden die gewöhnlichen hochmolekularen Eiweißstoffe (Serumeiweiß) ausgefällt und durch Filter zurückgehalten, die ungewöhnlichen, durch die Serumeinwirkung entstandenen Eiweißstoffe, die Spaltprodukte, gelöst und extrahiert. Sie sind bei dieser Methode, im Gegensatz zu der ursprünglichen Abderhaldenschen, auch quantitativ festzustellen. Diese Methode scheint auch bei exakterer Auswahl und Zubereitung der Substrate zu einem spezifischen Charakter der Reaktion zu führen. Ein weiteres Verfahren des physikalischen Nachweises der Spaltprodukte ist die Differenz in der elektrischen Leitfähigkeit des alkalischen Auszuges des reinen Extraktes und der des durch das Hinzukommen der Spaltprodukte veränderten Serums. Die Sicherheit ist von 78% der ursprünglichen Abderhaldenschen Methode auf fast 99% mit der Alkoholmethode gestiegen. Die Bestimmung des Geschlechtes während der Tragzeit gelingt in 99%; sie beruht auf dem Nachweis der bei vorhandener männlicher Frucht in das Blut der Mutter übergehenden, ihr fremden Hodenstoffe. Verf. gibt noch weitere Einzelheiten über die Einwirkung kindlicher Stoffe auf die Mutter, die gegenseitige Beeinflussung bei Zwillingen. Die Schwangerschaft stellt auf weite Bezirke der Mutter eine vom Kinde ausgehende Verjugendlichung dar, der im Wochenbett eine Wiederveralterung folgt. Die frühe Möglichkeit der Geschlechtsbestimmung spricht dafür, daß das Geschlecht wahrscheinlich schon spätestens mit der Befruchtung entschieden ist. Der Substratextrakt ist an sich nicht weiter zerlegbar, vielmehr zerlegt er das auf die vorliegende Störung eingestellte Blutserum. Es handelt sich also nicht mehr um eine Abderhaldensche Reaktion, sondern um einen ganz originellen Nachweis.

E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Anatomie und Physiologie der Haut.

Zur Kenntnis der Hautdrüsen bei den Säugetieren und bei Myxine, von J. Schaffer. (Zschr. f. Anat. u. Entwicklungsgesch., 1925, Bd. 76, H. 1/3.) Zusammenstellung der verschiedenen Drüsenarten der Säugetiere, ihrer Funktion und Lokalisation. Phylogenese der Talgdrüsen. Verf. nimmt an, daß sie älter als die Haare sind. Die Talgdrüsen sind daher nicht als Anhangsgebilde der Haare zu betrachten; sie können unabhängig aus dem Oberhautepithel entstehen. Talgdrüsenähnliche Gebilde bei Tieren ohne Talgdrüsen und Haare, d. h. von holokrinem und polyptychem Typus (z. B. Schenkelporen der Eidechsen, Moschus- und Analdrüsen der Krokodile, Bürzeldrüse der Vögel). Schon bei den niedersten Wirbeltieren kann es zur Ausbildung solcher holokriner Drüsen kommen. Ausführliche Beschreibung derartiger drüsiger Organe bei Myxine glutinosa. Als weiteres Beispiel werden die Drüsen aus dem Präputialsack des Wiesels analysiert. Während also die apokrinen Schweißdrüsen stets in Abhängigkeit von den Haaren und phylogenetisch jünger sind, sind die Talgdrüsen als primitivere, vom Haar unabhängige Bildungen anzusehen, auch beim Menschen. Im Gegensatz zu anderen Autoren glaubt Verf., daß diesen Drüsen für die Bildung der Duftstoffe größere Bedeutung zukommt als den apokrinen Drüsen. M. Gumpert-Berlin.

Sole Prints of Newborn Babies (Sohlenabdrücke von Neugeborenen), von R. B. Montgomery-Madison. (Am. J. m. sc., 1925, Bd. 169, Nr. 6, S. 830.) Die Tintenmethode für Sohlenabdrücke ist bei den zarten Figuren von Säuglingen ungeeignet; eine bessere Methode ist von Mathews gefunden und wird demnächst veröffentlicht. Die Sohlenabdrücke sind das beste Mittel zur Identifizierung von Neugeborenen; es bewährt sich auch in späteren Jahren. So sind die Sohlenabdrücke, z. B. wenn infolge eines Unglücksfalles der Körper unkenntlich geworden ist, oft wegen des Schutzes der Füße durch die Schuhe noch erkennbar. Es wäre deshalb empfehlenswert, dem Geburtszeugnis die Sohlenabdrücke beizufügen. L. Leven-Elberfeld.

L'irrigation cutanée. Morphologie. — Physiologie. — Physiopathologie générale (Die Durchströmung der Haut), von A.-C. Guillaume. (J. m. Paris, 1925, Nr. 30, S. 636—641.) Zahlreiche Hautaffektionen erklären sich aus dem anatomischen Bau der Haut, deren Gefäß- und Nervenverzweigungen nebst Drüsen und Anhangsgebilden eingehend dargelegt wird; in den verschiedenen Regionen bestehen beträchtliche Unterschiede. Dermatoskopie und Mikroangioskopie können wertvolle Aufschlüsse geben. E. Levin-Berlin.

Neutralsalzreaktionen an der Haut. II. Mitteilung, von S. Bommer, Univ.-Hautkl. Gießen. (Kl. W., 1925, Nr. 25, S. 1208.) In einer früheren Mitteilung hatte der Verf. gezeigt, daß bei der Einwirkung der verschiedenen Neutralsalze NaCl, KCl, $MgCl_2$ und $CaCl_2$ auf die Haut der Ausfall der Reaktion abhängig lediglich von der Wirkung der Kationen Na, Ca, K und Mg ist, während die Anionen nur eine untergeordnete Rolle spielen. Ist dieses richtig, so mußte Verf. bei Verbindung derselben Kationen mit anderen Anionen zu ähnlichen Resultaten wie mit den Chloriden kommen. Dementsprechende Versuche haben dieses auch bewiesen und nur gezeigt, daß sich bei Verwendung verschiedener Anionen Differenzen im zeitlichen Ablauf und in der Stärke der Reaktion finden. Nach der Stärke der Reizwirkung besteht folgende Reihenfolge:

$$NaCl < NaBr < NaNO_3 < NaJ < Na_2SO_4 < KCl < KBr < KNO_3 < KJ < K_2SO_4 < CaCl_2 < Ca(NO_3)_2.$$

Ein beträchtlicher Unterschied zwischen Chlorid und Nitrat findet sich beim Kalzium, dagegen nicht bei Natrium und Kalium. Außerdem fällt das KJ besonders auf, indem hier die gefäßkontrahierende Wirkung des K durch das J noch verstärkt wird. Außerdem fand Verf. auch hier die allen Kaliumsalzen eigentümliche Erzeugung eines brennenden Schmerzes bestätigt. E. Langer-Berlin.

Der vitale Farbstofftransport während der Zahnentwicklung, von W. Blotevogel. (Zschr. f. Zellen- u. Gewebelehre, 1924, Bd. 1, H. 5.) Nach subkutaner Injektion von Trypanblau bei jungen Mäusen wird dieses im ekto- und mesodermalen Gewebe gespeichert. Amelo- und Odontoblasten enthalten es in Körnchenform besonders an der Peripherie. Dentin, Schmelz und auch Knochen sind so lange damit diffus gefärbt, wie eine Kalkablagerung noch nicht eingetreten ist. Denn Trypanblau verhält sich gerade umgekehrt wie das Alizarin bei der Krappfütterung. Letzteres haftet am Kalk; ersteres wird dagegen bei Kalkeinlagerung aus seiner Haftung an der organischen Grundsubstanz verdrängt. R. E. Liesegang-Frankfurt a. M.

Digitized by Google

Histologische Untersuchungen über die Regeneration sensibler Nervenendigungen in Hauttransplantaten, von D. Kadanoff. (Kl. W., 1925, Nr. 26, S. 1266.) Verf. hat an einer größeren Reihe von Kaninchen und Meerschweinchen experimentelle Untersuchungen darüber angestellt, ob in Hauttransplantaten nach der Einheilung des Transplantats die Nervenendigungen den Typ der Entnahmestelle beibehalten oder dem der Wirtsstelle anpassen. Zu diesem Zweck wurde die besonders abweichende Sohlenhaut in die Schnauzenhaut transplantiert. Es zeigte sich dabei, daß eine Umwandlung der Nervenendigungen im Transplantat entsprechend der Wirtsstelle, aber trotzdem keine vollständige Anpassung an die Wirtsstelle stattfindet. Im Transplantat weisen die Nervenendigungen entsprechend der Wirtsstelle eine weitgehende Ähnlichkeit mit den Haarnerven auf; sie haben aber keinen Einfluß darauf, daß auch eine entsprechende Gewebsumbildung stattfindet oder hierdurch eine Haarbildung veranlaßt wird. Merkelsche Tastzellen, die in großer Zahl in der Schnauzenhaut vorzukommen pflegen, fehlen ebenfalls im Transplantat. E. Langer-Berlin.

Allgemeine Physiologie.

Ein Verfahren zur Bestimmung der Wasserstoffionenkonzentration im Gewebe mit Indikatoren, von S. Gräff, Path. Univ.-Inst. Niigata. (Zieglers Beitr., 1924, Bd. 72, H. 3, S. 603.) Obwohl Angaben über die Wasserstoffionenkonzentration des Gewebes auf Grund vereinzelter Untersuchungen (L. Michaelis, Schade u. a.) vorliegen, fehlte es bisher an einem Verfahren, das ausreichend und einfach genug war, um in der morphologischen Forschung in genügendem Umfang angewendet zu werden. G. hat deshalb ein Verfahren ausgearbeitet, das auf einer Indikatorenreihe beruht, deren einzelne Farbtöne in einem unabänderlich gleichbleibenden Verhältnis zueinander stehen sollen, ein Postulat, das die Praxis fast völlig dem Verf. erfüllt hat. Die Indikatorenreihe reicht von Methylrot zu Kresolrot, entsprechend einem ph-Wert von 4,5—8.5. Sie ist erhältlich bei den Farbwerken L. Casella & Co., Frankfurt a. M., pharmazeutische Abteilung. Näheres über Technik, Fehlerquellen und die physikalisch-chemischen Bedingungen der Methodik in normalem und pathologischem Gewebe muß im Original nachgelesen werden, dem ein Referat in irgend welchen Details bei ihrer Wiedergabe naturgemäß nicht gerecht werden kann. Es genüge der Hinweis auf diese für die Forschung der nächsten Jahrzehnte überaus wichtige Arbeit. F. Jacobsohn-Berlin.

Über Phagozytose und Phagozyten, von O. Lubarsch, Path. Inst. Univ. Berlin. (Kl. W., 1925, Nr. 26, S. 1248.) Es besitzt nicht nur eine einzelne Zellgruppe, wie die Leukozyten, die Eigenschaft der Phagozytose oder nur die hämatogenen und histiogenen Wanderzellen, also die Zellgruppen mesenchymalen Ursprungs, sondern es kommt allen Zellen die Fähigkeit der Phagozytose in mehr oder weniger starkem Maße zu. Man kann unterscheiden zwischen den „obligaten Phagozyten" — in erster Linie hämatogene und histiogene Wanderzellen — und den „fakultativen Phagozyten" — dargestellt durch die seßhaften, fixen Gewebszellen. Bei letzteren sind es seltener die alten Zellen, sondern gerade die jungen, in Umbildung begriffenen, die leichter phagozytieren. Daher findet man leicht „fakultative Phagozytose" mit Neubildungsvorgängen verknüpft. Zur Einstellung der Zellen auf die Phagozytose gehört ein die Zelle anregender Reiz, der nicht zu stark oder zu schwach sein, aber vor allem die Zelle nicht schädigen darf. Über die eigentliche Natur des Reizes kann man Sicheres nicht sagen; immerhin kann er auch mechanischer resp. chemischer Natur sein. Die Beobachtungen bei der Phagozytose, vor allem auch neuerdings in Gewebskulturen, zeigen eindeutig, daß es sich meistens bei der Phagozytose um einen aktiven Vorgang der Zellen selbst handeln muß; daneben kann auch unter Umständen ein mechanisches Hineinpressen möglich sein. E. Langer-Berlin.

Physiologie des neurotrophiles. Théorie de la digestion au second degré (Physiologie der Neutrophilen. Theorie der Verdauung zweiten Grades), von A. Alexeieff. (Compt. rend. Soc. Biol., 1925, Bd. 93, Nr. 27, S. 558.) Die neutrophilen Granulationen der polynukleären Leukozyten stellen das eiweißlösende Ferment im Zustande des Zymogens vor. Verf. konnte Glykogen in den Neutrophilen nie nachweisen, weil das Blutplasma die Reaktion mit Lugolscher Lösung verhindert; dagegen war in 95% der Neutrophilen des Liquors Glykogen in beträchtlicher Menge nachweisbar. Die Nahrungsmittel erfahren bei ihrer Passage durch die Darmschleimhaut einen Abbau und darauf eine Synthese, z. B. werden die Fette in Fettsäuren und Glyzerin gespalten; die Synthese zu neutralen Fetten kommt in den Chondriosomen der Darmepithelien zustande, das ist die Verdauung ersten Grades. Bevor die diversen Substanzen im Blutkreislauf zu den Ge-

Digitized by Google

webszellen gelangen, machen sie nach Verf. eine Verdauung zweiten Grades in den weißen Blutkörperchen und den Amöbozyten der Gewebe durch; daher der Reichtum an eiweißlösendem Ferment und Oxyden in den Granulozyten, an fettlösendem Ferment in den Lymphozyten. Die Neutrophilen regeln den Kohlenhydrataustausch im Organismus: bald spalten sie das Glykogen und geben Glukose ins Blutplasma ab, bald bilden sie mit der Glukose des Blutes Glykogen. Dasselbe gilt von Eiweiß und Fetten. Die Lipase der Lymphozyten regelt den Fettaustausch im Organismus (Hinweis auf die Lipophagen der Lungen). In den Muskel- und Nervenzellen kommt es sodann zur Verdauung dritten Grades. Die Verdauung zweiten Grades in den Amöbozyten ist zugleich der Ausdruck der Immunität, aber in anderem Sinne als dem Metschnikoffschen. Es kommt hier zur Resorption aller gelösten Stoffe, der Nahrungssubstanzen wie auch der Toxine; das letztere Phänomen bezeichnet Verf. als „Toxinophagie". Die Trephone Carrels' sind Produkte der Lymphozyten und Makrophagen und stellen nach Verf. nur einen besonderen Akt der Verdauung zweiten Grades vor. R. Rontal-München.

Physiologische Versuche über die peripherischen Bahnen der Gefäßsensibilität, von Schilf und Stahl. (Kl. W., 1925, Nr. 29, S. 1390.) Verff. konnten an Hunden, Katzen und Fröschen zeigen, daß nach Durchschneidung des N. ischiadicus und femoralis Reize, die an die Gefäße gebracht wurden, schmerzauslösend wirkten, während vom gleichen Haut- und Muskelgebiet keine Reflexe ausgelöst werden konnten. Die Gefäße waren stets bis zum mittleren Drittel des Unterschenkels, manchmal auch bis in die Gegend dicht oberhalb des Sprunggelenkes empfindlich. Hieraus muß man annehmen, daß die Gefäße ihre afferenten Nerven in ziemlich langen Abschnitten erhalten, und daß die sensible Versorgung der Gefäße beträchtlich weiter peripherwärts reicht als die sensible Versorgung der entsprechenden Haut- und Muskelabschnitte.
E. Langer-Berlin.

Experimentelle Kapillaruntersuchungen beim Menschen, von H. Heimberger-Tübingen. (Kl. W., 1925, Nr. 27, S. 1301.) Verf. ist es durch eine bestimmte Versuchsanordnung, bei der er feine, in kurze Spitzen auslaufende Glasnadeln und Kanülen von 5—12 μ Durchmesser verwendet, gelungen, unter der Beobachtung des Kapillarmikroskops einzelne Kapillaren anzustechen, resp. sie medikamentös oder mechanisch von ihrer Außenwand aus zu reizen. Die medikamentösen Injektionsversuche wurden mit Adrenalin, Pituglandol, Atropin und Thyroxin unternommen. Alle Versuche bewiesen, daß eine selbständige Kontraktilität der Kapillaren des Menschen unbedingt vorhanden ist. Es handelt sich sowohl bei den mechanischen wie auch bei den medikamentösen Reizungen um einen aktiven Kontraktionsvorgang der Kapillarwand, die sich auch ohne Erneuerung des Reizes mehrfach hintereinander gewissermaßen in einem Wellenablauf kontrahiert und dazwischen in den Kontraktionspausen die Strömung mehr oder weniger wieder freigibt. Es ist damit zunächst mit Sicherheit eine Funktion der Kapillarwand erwiesen, nämlich ihre eigene Kontraktionsfähigkeit; es wird aber noch weiterhin notwendig sein, an normalen und kranken Individuen nach den weiteren Funktionen der Kapillarwandung zu suchen. E. Langer-Berlin.

Einige neue Befunde über die Struktur der Kapillaren und ihre Beziehungen zur „sogenannten" Kontraktilität derselben, von M. Volterra, Med. Kl. Halle a. d. S. (Zbl. f. inn. M., 1925, Nr. 37, S. 876.) Die Kapillaren besitzen in allen Gebieten eine aus zwei Schichten bestehende Wand: eine innere endotheliale und eine äußere Adventitiaschicht, die von einer sehr dünnen Membran gebildet wird (lamellär-retikuläres Bindegewebe). Darüber liegt ein zartes Netz von bindegewebigen argentophilen Fasern verschiedener Größe. Wie alle retikulären Bildungen können sich auch die Fasern sklerotisch verändern; sie verlieren dann ihre Argentophilie und verdicken sich. Durch einen besonderen Mechanismus haben die Kapillaren die Fähigkeit, ihr Kaliber zu ändern. Es handelt sich dabei jedoch nicht um eine Kaliberkontraktilität, sondern nur um Kaliberschwankungen. Nicht durch eine Kontraktilität der Muskelfasern kommen diese Veränderungen zustande, sondern sie sind eine Folge der Veränderung der H-Konzentration der Gewebe, die ihrerseits durch den Stoffwechsel der Gewebe zustande kommt.
F. Landauer-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 52 (Bd. 81) 26. Dezember 1925

Zur Pyotropinbehandlung des Lupus.

Von

Dr. H. Muchow in Hamburg.

In Nr. 26 der „Deutschen medizinischen Wochenschrift“ 1925 bespricht P. Wichmann in einer Abhandlung über „Neuere Heilmittel zur Behandlung der Hauttuberkulose“ an erster Stelle das von mir in die Therapie eingeführte Pyotropin. Wichmann kommt dabei zu einem etwas unklaren Standpunkt. — Nachdem er bemerkte, daß in 7 von 26 Fällen der Lupus zum Verschwinden gebracht wurde unter Hinterlassung einer mehr oder weniger starken Narbe und 8 Fälle wesentliche Besserung zeigten, faßt er sein Urteil zum Schluß dahin zusammen, daß eine wesentliche Bereicherung der Therapie durch dieses Mittel nicht gegeben zu sein scheint, aber immerhin zugegeben werden muß, daß die Schnelligkeit der Wirkung und seine einfache Anwendung in geeigneten Fällen der bisherigen Ätztherapie gegenüber einen Vorteil bedeutet.

Nachdem zwei Jahre seit meiner ersten Veröffentlichung (1) vergangen sind, möchte ich die vorliegende Kritik zum Anlaß nehmen, einige zusammenfassende Bemerkungen zur Pyotropinfrage zu geben, ohne damit ein abschließendes Urteil fällen zu wollen.

Die zahlreichen bisher publizierten Fälle günstiger Erfolge lassen in bezug auf das Verfahren selbst einige Regeln erkennen, die besondere Beachtung verdienen.

Die Natur des Ätzmittels bedingt eine gewisse Schmerzhaftigkeit, die anscheinend bei mehrfacher Wiederholung des Behandlungsturnus eher stärker als geringer wird. Es ist daher als Grundsatz aufzustellen, daß nur kleinere Partien in schrittweisem Vorrücken behandelt werden; Albert (2) empfiehlt bei der ambulanten Behandlung nur solche Stellen vorzunehmen, die die Größe eines Fünfmarkstückes nicht überschreiten. Durch Kokainisieren ist diesem Nachteil jedoch in solchem Maße zu begegnen, daß er bedeutungslos wird. Ich selbst habe eine 20%ige Novokainlösung 2—3mal hintereinander in kurzen Abständen auf die Wundfläche gepinselt, Callenberg (3) ließ ¼ Stunde lang ein mit 20%iger Kokainlösung getränktes Läppchen auf der Wunde liegen, Rothstein (4) nahm 3—4%iges β-Eukain, das er mit einem Wattebausch an den Lupusherd drückte. Nur in wenigen Fällen ist die Anwendung eines Chloräthylrausches oder kleiner Morphiumgaben notwendig gewesen. Gegenüber anderen Methoden muß jedoch hervorgehoben werden, daß die Schmerzhaftigkeit nur während der Behandlung und für die Dauer von wenigen Minuten eintritt, die mehrtägige Zwischenzeit dagegen gänzlich beschwerdefrei für den Patienten verläuft. Auch Wichmann gibt übrigens zu, daß „die recht schmerzhafte Anwendung durch Kokainisierung gemildert werden kann“.

Über die pharmakologische Wirkung habe ich in meiner ersten Mitteilung (1) bereits das Wesentliche mitgeteilt. Die beabsichtigte enorme Leukozytenanlockung kommt jedoch nur bei luftdichtem Heftpflasterverband zustande; aber auch das gegeneinander abgestimmte Zusammenwirken der beiden Antagonisten, der Flüssigkeit und der Salbe, macht den dichten Abschluß zur Vorbedingung. Bei so ausgeführter Applikation finde ich einen wesentlichen Unterschied gegen die Ätzwirkung der Kalilauge.

Ich habe sowohl an normaler Haut wie an Spontankeloiden, die der vergleichenden Behandlung mit Kali causticum und Pyotropin unterworfen wurden, gefunden, daß letzteres niemals so brutale Nekrotisierung hervorruft, niemals so unbestimmt in seiner Tiefenwirkung ist und endlich in keinem beobachteten Falle

Digitized by Google

so mißfarbene nekrotische Membranen und Verschorfungsflächen zeigt, wie die Kalilauge.

Unter der Pyotropinbehandlung, die sich in ihrer Wirkung sehr fein graduieren läßt, erzielt man eine schön granulierende Wundfläche, deren stets bereite Sauberkeit auch J. CALLENBERG (3) wegen der evtl. dadurch ermöglichten jederzeitigen Lichtbehandlung rühmte.

Ich glaube daher, daß WICHMANN in dem Vergleich der beiden Ätzmittel das Ätzkali zu optimistisch, das Pyotropin zu absprechend beurteilt. Er gibt ja auch zu, daß man längere Zeit braucht, um mit ersterem zu einem Ergebnis zu kommen, scheint aber gleichzeitig in der kosmetischen Beurteilung die alte Erfahrung außer acht zu lassen, daß besonders die Ätzkalibehandlung zur Keloidbildung disponiert.

Auch bei Pyotropin, das ist nicht zu leugnen, treten gelegentlich hypertrophische und selbst keloidartige Narben auf. Durch entsprechende Nachbehandlung — sei es durch UNNAsche Pepsinanwendung, sei es durch Röntgenbestrahlung — ist jedoch eine wesentliche Besserung zu erzielen, wie auch Albert dieses in seiner Mitteilung bestätigt. Natürlich bin weder ich selbst, noch, soweit ich sehe, ein anderer zur Sache publizierender Autor soweit gegangen, von dem Pyotropin als einem spezifischen Tuberkuloseheilmittel zu sprechen, wie WICHMANN dieses als für das Pyotropin nicht zutreffend moniert. Dagegen muß festgestellt werden, daß es unserem therapeutischen Handeln sehr wohl gelingt, einen lokalen Lupusherd ohne Rezidivgefahr allmählich zur Ausheilung zu bringen. Und in dieser Hinsicht bedeutet Pyotropin einen wesentlichen Fortschritt, indem ein Effekt, wie alle Autoren übereinstimmend hervorheben und selbst WICHMANN zugeben muß, in bedeutend kürzerer Zeit und unter einfachster Methodik zu erzielen ist.

Nicht jeder Lupusherd wird in einem Behandlungsturnus restlos zum Verschwinden gebracht. In manchen Fällen bedarf es selbstverständlich mehrfacher Wiederholung der Pyotropinbehandlung an einzelnen Teilen des Lupusherdes, in allen Fällen aber aufmerksamer, ständiger Kontrolle, wobei auch die allgemeine Behandlung und das stets wertvolle Rüstzeug der gesamten Strahlentherapie in geeigneter Weise heranzuziehen ist.

Das eine aber bleibt nach den sich nunmehr über zwei Jahre erstreckenden Erfahrungen bestehen, daß kein anderes Mittel so rasche und energische Wirkung bei einfachster Handhabung erzielt, wie Pyotropin, und wenn ROTHSTEIN in seiner erwähnten Arbeit (4 und 5) betont, die Heilung der vier beschriebenen — allerdings nicht sehr ausgedehnten Fälle — verursachte insgesamt den Krankenkassen eine Ausgabe von etwa 20 Mk., so glaube ich, daß auch hierin das Mittel ein Novum darstellt, im Widerspruch zu der CALLENBERGschen Bemerkung, daß der hohe Preis des Pyotropins einen Nachteil darstellt. Zur Indikationsstellung bemerkt CALLENBERG (3), daß Pyotropin bei der Tuberculosis cutis verrucosa das Mittel der Wahl darstelle, beim Lupus vulgaris dagegen auch die spezifische und unspezifische allgemeine Behandlung zu ihrem Recht kommen müsse, da auch beim Pyotropin Rezidive auftreten können. Ich stimme CALLENBERG hierin vollkommen bei. Dagegen kann ich die Kontraindikation bei Schleimhauterkrankung nicht anerkennen. Unter Leitung durch das Auge läßt sich auch in der Nasenhöhle Pyotropin derartig lokalisieren, daß unnötige Defekte vermieden werden, während der therapeutische Erfolg dem an der äußeren Haut nicht nachsteht.

Auf die Anwendung des Pyotropin bei anderen Erkrankungen wie Ulcus rodens (5) und Röntgenschädigungen (6) usw. will ich bei anderer Gelegenheit zurückkommen.

Auch NAGEL (7) hat neuerdings — allerdings von anderen Gesichtspunkten ausgehend — in die Diskussion eingegriffen. Zur Sache selbst bemerkt er, daß die Erfahrungen an der Universitäts-Hautklinik Halle a. S. durchaus dafür sprechen, daß das Pyotropin ein brauchbares Mittel im Sinne eines lokalen Ätzmittels bei der Lupusbekämpfung zu sein scheint, möchte aber in durchaus verständlicher Vorsicht wegen der Kürze der Beobachtungszeit und der geringen Zahl der von ihm behandelten Fälle von einer Beurteilung absehen. Was NAGEL zu seinem Vorstoß veranlaßte, waren lediglich die auch mir etwas überschwenglich erschienenen Publikationen des San.-Rat Dr. AXMANN, Erfurt.

Ich schließe mich aber durchaus NAGEL an, wenn er zum Schluß betont, es wäre bedauerlich, wenn ein an und für sich brauchbar scheinendes Heilmittel gegen Lupus dadurch in Mißkredit kommen sollte.

Digitized by Google

Literatur.

1. Muchow, H., Derm. W., 1923, Nr. 38. — 2. Albert, Derm. W., 1925, Nr. 1. — 3. Callenberg, D. m. W., 1925, Nr. 12. — 4. Rothstein, Der Landarzt, 1924, Nr. 15. — 5. Ders., D. m. W., 1925, Nr. 31. — 6. Muchow, H., Derm. W., 1924, Nr. 18. — 7. Nagel, D. m. W., 1925, Nr. 30; dazu vgl. Axmann, D. m. W., 1925, Nr. 14; Die Umschau, 1925, Nr. 17; Tuberkulose-Fürsorge-Blatt, 1924, Nr. 8. Sokolowsky, Der praktische Arzt (russisch), 1925, Nr. 6. Volk, R., Die extrapulmonale Tuberkulose, 1925, Nr. 3. Vogel, W., M. m. W., 1925, Nr. 37. Schneider, H., Zschr. f. Tbc., 1925, Bd. 43, Nr. 3. Blumenthal, Fr., Lehrb. der Strahlenbehandlung bei Hautkrankh., 1925, S. 192/93.

Über die Bedeutung der Schnellfärbung der Syphilisspirochäten mit „Spirsil".

Von

Dr. Josef Zollschan in Györ (Ungarn).

Seit sich das Dunkelfeldverfahren bei der Spirochätenuntersuchung in die Praxis eingebürgert hat, ist die Bedeutung der Färbung der Spirochäten in den Hintergrund getreten, erstens weil bei der Dunkelfeldmethode das Untersuchungsmaterial ungeschädigt bleibt, zweitens können im nativen Präparat auch die charakteristischen Bewegungen der Spirochäten in lebendem Zustande betrachtet werden.

Diese Vorteile leistet natürlich auch die allerbeste Färbemethode nicht, so daß das Streben nach einer schnellen und guten Färbemethode, wie z. B. eine Gonokokkenfärbung mit Methylenblau oder Pappenheim, nach dem Erscheinen des Dunkelfeldverfahrens nicht mehr so gerechtfertigt erschien als vorher.

Man möchte meinen, der Spirochätenfarbstoff Szilvásis Spirsil sei überflüssig, da neben dem vorzüglichen und mit Recht beliebten Dunkelfeld die färberische Darstellung der Spirochäten nunmehr keine Berechtigung habe. Das ist aber nicht ganz der Fall.

Auf die einfache Technik der Färbung soll hier nicht eingegangen werden. In den Mitteilungen von Dubosarsky, Oelze, Krantz, Szilvási ist dies schon ausführlich auseinandergesetzt worden, nur so viel sei erwähnt, daß das hier dem Reizserum beigemengte Blut nicht stört, da wir im Ausstrich genug solche Stellen noch finden können, wo rote Blutkörperchen nur spärlich vorhanden sind, und daß die Färbung genau so schnell und intensiv gelingt, wie z. B. die Gonokokkenfärbung mit Methylenblau oder Pappenheim.

Fragen wir, welche praktische Bedeutungen dieser schnellen, einfachen und intensiven Färbung neben der Dunkelfeldmethode noch zugeschrieben werden können?

Es kommt zwar selten, aber doch vor, daß man eine an einer solchen Stelle lokalisierte Affektion zu untersuchen hat, von wo Reizserum zu gewinnen für die Dunkelfelduntersuchung recht erschwert oder unmöglich ist, z. B. Mundhöhle, Gaumen, Schlund, Tonsillen, Vagina, Portio vaginalis uteri usw. Das von diesen Stellen gewonnene Reizserum mischt sich oft mit Schleim, Eiter oder Blut, so daß dieser Umstand die Positivität der Befunde evtl. fälschen könnte.

Digitized by Google

In solchen Fällen kratzt man die Erosionsoberfläche mit einem scharfen Löffel, streicht das Sekret aus und kann in einigen Minuten das intensiv gefärbte Präparat betrachten.

Auf die Weise konnte ich in einem Falle die Syphilisspirochäten nachweisen bei einer Erosion, die an der Stelle saß, wo die Mundschleimhaut sich von der unteren Lippe auf den Processus alveolaris mandibulae überbiegt und von wo ich entsprechendes Material zur Dunkelfelduntersuchung nicht erhalten konnte.

Besonders müssen die an der Vaginalschleimhaut und Portio vaginalis uteri sitzenden Sklerosen in Betracht gezogen werden, von wo ein reines Reizserum zu gewinnen auch nicht zu den leichten Aufgaben gehört. Nach Neumanns Statistik kommen unter 800 weiblich-genitalen Sklerosen 51 auf der Portio, 4 an der Vaginalschleimhaut vor, nicht gesprochen von den nur verdächtigen Affektionen, die doch — um eine Abortivkur nicht zu versäumen — ebenso genau untersucht werden müssen. Es obwalten bei diesen vaginal und portional lokalisierten Affektionen für die Dunkelfelduntersuchung Schwierigkeiten, die bei den Ausstrichpräparaten wegfallen. Was aber das wichtigste ist, wir bekommen mit der Färbung schnell markante Bilder und damit eine schnelle und sichere bakteriologische Orientierung.

Neben diesen Fällen können aber auch solche vorkommen, bei welchen wir — um exakt arbeiten zu können — auf das Dunkelfeld wie auch auf die Färbung angewiesen sind. Bei den verdächtigen Affektionen nämlich, wo wir in den ersten Dunkelfeldbildern keinen positiven Spirochätenbefund erheben können, sind wir gezwungen, während der Sprechstunde oft stundenlang vor dem Mikroskop zu sitzen, um uns über die Exaktheit unserer Arbeit beruhigen zu können. In solchen Fällen macht man schnell einige Ausstriche, bewahrt sie lufttrocken auf, dann färbt man sie am Abend, und macht evtl. am andern Tage noch 1—2 Dunkelfelduntersuchungen. Fallen alle diese Untersuchungen negativ aus, so möge die Affektion klinisch zwar verdächtig vorkommen, der erforderlichen Exaktheit ist mehr genuggetan, als wenn man nach einigen negativen Dunkelfeldern die negative Diagnose annimmt.

Schließlich wo kein Dunkelfeld vorhanden ist, dort kann nur am besten diese Färbemethode verwendet werden, da sie die Giemsa-, Tusch-, Fontana- usw. -Verfahren an Einfachheit, Schnelligkeit und Intensität der Bilder weit übertrifft. Wo das Mikroskop fehlt, ist es empfehlenswerter, einfach Ausstriche zu machen und diese lufttrocken der Untersuchungsstation zwecks Färbung zu senden, als umständlicherweise Reizserum in Kapillaren aufzufangen, in welchem evtl. die Spirochäten bis dahin auch zugrunde gehen können.

Neben den Dunkelfeldverfahren bedeutet also diese Spirochätenfärbung eine äußerst einfache und durchaus verläßliche Hilfsmethode, die in manchen Fällen sogar in erster Reihe bei der Diagnosestellung in Betracht kommt, und wenn man bedenkt, wie ungemein große Wichtigkeit der ätiologischen Frühdiagnose der Lues hauptsächlich in Hinsicht der Abortivkuren zukommt, wenn das Verkennen eines luetischen Primäraffektes direkt als ein Kunstfehler zu bezeichnen ist, dann muß eine jede brauchbare, uns in dieser verantwortlichen Arbeit unterstützende Methode

Digitized by Google

herzlichst begrüßt werden, wobei auch der Umstand, daß wir um einen schnellen und sicheren Spirochätennachweis reicher geworden sind, nicht zu unterschätzen ist.

Literatur.

Dubosarsky, Über die Färbung der Spirochaeta pallida mit Spirsil. W. kl. W., 1924. Nr. 19. — Krantz, Über einen neuen Spirochätenfarbstoff. Kl. W., 1924. Nr. 34. — Oelze, Über die praktische Brauchbarkeit der neuen Spirochätenfärbung mit Spirsil. D. m. W., 1924, Nr. 34. — Reiner, Von einer an der Scheidewand sitzenden Primärsklerose. Börgyógyászati urologiai venerologiai szemle, 1925, Nr. 4. — Szilvási, Über eine neue Spirochätenfärbung. Arch. f. Derm., 1924, Bd. 145.

Aus der Dermatologischen Abteilung des Allg. Krankenhauses St. Georg in Hamburg. (Oberarzt: Priv.-Doz. Dr. H. Ritter).

Gonorrhoischer Abszeß im Bizeps bei gleichzeitigem Fehlen von sonstigen gonorrhoischen Erscheinungen.

Von

Dr. K. Brandes.

Es ist allgemein bekannt, daß im Verlaufe von gonorrhoischen Infektionen spezifische Erkrankungen der Muskulatur auftreten können. Einerseits können sie primär, also auf metastatischem Wege zustande kommen, andererseits können sie als entzündliche und atrophierende Vorgänge zu Gelenks- und Sehnenscheidenerkrankungen hinzutreten. Sie sind an sich nicht schwer zu diagnostizieren, wenn neben der Muskelerkrankung eine spezifische Urethritis einherläuft. Anders ist es, wie bei unserem Falle, wo anamnestisch und klinisch keine einwandfreie gonorrhoische Urethritis nachzuweisen war. Es handelte sich um folgenden Patienten:

Karl W., 28 Jahre. Aufgenommen 6. V. 1925.

Vorgeschichte: Außer einer Blinddarmentzündung und einer Gasvergiftung nicht ernstlich krank gewesen. Er kommt ins Krankenhaus, um die Kur seiner anbehandelten Lues I zu beenden. Vor 8 Tagen bekam der Pat. ziehende Schmerzen in der linken Schulter, die nach dem Ellenbogen hin ausstrahlten, und wurde deswegen in M. wegen Rheumatismus behandelt. Tripperinfektion wird aufs bestimmteste negiert.

Befund: Mittelkräftiger Pat. in gutem Ernährungszustande. Am Mund und Oberlippe bläschenförmiger Ausschlag (Herpes). Rachen gerötet. Nackendrüsen beiderseits deutlich palpabel. Am Genitale eine fünfpfennigstückgroße frische Narbe (Primäraffekt). Aus der Harnröhre schleimiger Ausfluß mit Epithelien und einzelnen Leukozyten. Weder Gonokokken noch andere Bakterien nachweisbar. Den Ausfluß will er überhaupt nicht bemerkt haben. Das linke Schultergelenk im ganzen, besonders nach vorn mäßig geschwollen, druckempfindlich und bei Bewegung schmerzhaft. Prostata, Hoden und Nebenhoden o. B.

Diagnose: Lues I, fragliche Arthritis gonorrhoica.

Therapie: Antiluische Kur. Resantinprovokation, Atophan. Wattepackung der linken Schulter.

7. V. Resantin 0,4 i. v. Schüttelfrost, Temperaturanstieg bis 39,1.

9. V. Kein Ausfluß, wie auch im Laufe der Behandlung kein Ausfluß mehr auftritt.

12. V. In den letzten Tagen Temperaturschwankungen zwischen 37,2 und 38,1. Heute Abfall bis zur Norm, wie auch weiter keine Temperaturerhöhungen.

13. V. Pat. klagt über vermehrte Schmerzen oberhalb des oberen Kopfes des Bizeps. Röntgendurchleuchtung: Gelenke frei, o. B.

Digitized by Google

14. V. Neurologische Untersuchung (Oberarzt Dr. Trömner): Schulterheben links = 0. Seitliches Heben im Schultergelenk links = 0. Nach vorn links = 0. Nach hinten links = 0.

Ellenbogenbewegung langsam, kraftlos, Handbewegung normal. Schmerzempfindlichkeit und Resistenz (rundliche, harte Vorwölbung) zwischen Bizeps und Deltoideus links im Weichteilgebiet. Gesamte Muskulatur der Schulterkappe leicht infiltriert bei leichter Atrophie der linken Schulterblattmuskeln. Diagnose: Myositis e causa ignota. Auf dem wissenschaftlichen Abend wird der Fall zur Diagnose vorgestellt. Wie schwierig die Stellung der Diagnose bei diesem Patienten ist, erhellt sich, daß u. a. an Gumma und Bizepsruptur gedacht wird.

17. V. Im unteren Drittel des Bizeps ist ein etwa apfelgroßer Tumor zu palpieren. Die darüber befindliche Haut fühlt sich wärmer an, geringe Rötung derselben. Keine Temperaturen.

18. V. Fahräus = 97 mm. Leukozytenzahl 14200.

Blutbild:	Eosinophile	3%
	Stabkernige	4%
	Übergangsformen	4%
	Polynukleäre	70%
	Lymphozyten	19%

20. V. Weitere Atrophie der linken Schulterblattmuskeln. Aktive Armbewegung fast ganz beschränkt. Der Tumor ist im unteren Drittel des Bizeps deutlich palpabel, apfelgroß, rundlich, prall elastisch. Die darüber bewegliche Haut stark gerötet, fühlt sich heiß an. Fieberfrei.

Operationsbefund (Oberarzt Dr. Reinecke): Subkutanes Gewebe entzündlich infiltriert. Im unteren Drittel des Bizeps ein etwa daumengroßer zystischer Tumor mit dünnflüssigem Eiter. Die Wände sind glatt, teilweise mit dem Periost verwachsen.

2. VI. Die Schnittwunde heilt gut zu. Pat. wird auf Wunsch in seine Heimatstadt entlassen.

Mikroskopische Untersuchung des Eiters: Intrazellulär gelagerte gramnegative Diplokokken, die die Form und Gestalt der Gonokokken haben.

Die Komplementablenkung mit Gonokokkenextrakt und Patientenserum erweist sich einwandfrei positiv.

Histologische Untersuchung: Im Granulationsgewebe befinden sich massenhaft Leukozyten und einzelne Plasmazellen. Bakterien können nicht mit Sicherheit erkannt werden.

Kurz zusammengefaßt ergibt sich folgendes: Bei einem Patienten, bei dem anamnestisch und klinisch eine gonorrhoische Infektion nicht nachweisbar ist, treten zuerst rheumatische Beschwerden auf der linken Schulterkappe auf. Bei nun anfangs leicht febrilen Temperaturen beginnt der entzündliche schmerzhafte Prozeß von der Schulterkappe aus auf den Oberarm überzugreifen, bis er wandernd sich als zystischer Tumor im unteren Drittel des Bizeps lokalisiert. Die geringfügigen Gelenkschwellungen nehmen bald ab. Es treten atrophische Veränderungen auf, besonders im Bereich der Schulterblattmuskulatur. Der Arm kann schließlich nicht mehr gehoben werden und hängt schlaff herab.

Es liegt beinahe auf der Hand, den primären Prozeß in das Schultergelenk zu legen und den intramuskulären Abszeß auf lymphogenen Bahnen fortgeleitet zu denken. Gegen einen primär arthritischen Prozeß sprechen einmal die anfangs auf der Muskulatur der Schulterkappe aufgetretenen rheumatischen Muskelschmerzen, und zweitens der für eine Arthritis zu milde Verlauf, ohne die gewohnten hohen Temperaturen und erheblichen, außerordentlich schmerzhaften Schwellungen. Vielmehr halte ich den Prozeß für einen anfangs in der Schulterkappenmuskulatur auftretenden metastatischen Prozeß, der, wie ein Senkungsabszeß entlang den Muskellogen, bis zum Bizeps fortgeschritten ist. Druckempfindlichkeit im Gelenk

Digitized by Google

war ebenfalls nicht vorhanden. Ebenso zeigte die röntgenologische Platte keine Gelenkveränderungen.

Es handelt sich hier also um eine metastatische Myositis, welche mit den sonstigen auf embolischem Wege zustande gekommenen pyämischen und septischen intramuskulären Infektionsformen auf gleicher Stufe steht. Das Bemerkenswerte ist hier, daß sich die Entzündung vom Ursprungsherd aus als Senkungsabszeß verbreitete, um schließlich im Bereiche des Bizeps sich als Tumor zu manifestieren.

Das Vorkommen von primär metastatischen Myositiden ist zuerst besonders an den Muskeln der unteren Extremität beobachtet worden. Schon 1892 berichtet Rona über 2 Patienten, bei denen sich im Verlauf einer chronischen Gonorrhoe in der Fascia lata des Oberschenkels eine derbe Infiltration entwickelt. Ebenso konnte Eichhorst im selben Muskel eine umschriebene Verhärtung bereits in den ersten Tagen einer akuten Gonorrhoe feststellen. Weitere Beobachtungen bestätigten den gonorrhoischen Ursprung durch bakteriologischen und kulturellen Nachweis des Gonokokkus. Bald wurden auch in anderen Muskeln gonorrhoische Metastasen gefunden, wie u. a. im Musculus tib. ant. (Kloeppel), in den Oberarmmuskeln (Léri, André und Luton), in der Schultermuskulatur (Ware), im M. flexor digitorum communis (Becker), M. tib. posticus (Schlesinger), Musculus obturator internus (Heyn) und im Bizeps (Chauffard und Siebelt).

Zu dem von Léri, André und Luton beschriebenen Fall ist bemerkenswert, daß bei Auftreten des im oberen Drittel des Armes gelegenen Abszesses der seit etwa einer Woche bestehende Ausfluß wegblieb. Wäre also der Patient erst später in ärztliche Behandlung gekommen, so wäre die Kenntnis der Eintrittspforte der gonorrhoischen Infektion nicht einfach gewesen. So verhält es sich auch bei meinem Patienten, der erst 8 Tage nach Beginn der metastatischen Erkrankung in Behandlung kam. Trotzdem darf nicht außer acht gelassen werden, daß, wie Willcox darauf aufmerksam gemacht hat, Metastasen noch viele Jahre nach der Infektion auftreten können. Die gonorrhoische Infektion kann viele Jahre, ja Jahrzehnte latent bleiben. Man könnte also eine früher stattgehabte, versteckt gebliebene oder gar nicht beachtete Infektion als Entstehungsursache anschuldigen. Man müßte also auch hier nach Jadassohn die Frage aufwerfen, ob es sich um einen latenten Gonokokkismus am Orte der primären Krankheit oder ob es sich um Gonokokken handelt, welche an einer anderen schon metastatisch erkrankten Stelle liegen geblieben sind und mit oder ohne nachweisbare Gelegenheitsursache von dort aus von neuem in die Zirkulation gelangen. Viel wahrscheinlicher liegt jedoch der Schluß, daß es sich bei dem Patienten um eine vor kurzem abgelaufene Infektion, die von seiten der Harnröhre nur geringe Erscheinungen hervorrief, handelt. Er selbst hatte den Ausfluß, der sich bei der Untersuchung als Schleim mit Epithelien und Leukozyten ohne Bakterienbefund erwies, nicht bemerkt. Vielleicht ist gerade der Abszeß und die dadurch gebildeten Immunkörper der Grund gewesen für den harmlosen Verlauf der Urethritis gonorrhoica. Der Ausfluß verschwand gänzlich 2 Tage nach einer Resantinprovokation. Es ist auch bekannt, daß manche gonorrhoische Urethritiden nach außen kaum in Erscheinung treten, und so ist auch die

Digitized by Google

nicht seltene Tatsache zu erklären, daß bei Aufnahme von Patienten die Gonorrhoe als ein Zufallsbefund gebucht wird, zumal wenn nach ihren Angaben der letzte Geschlechtsverkehr vor 2—3 Monaten liegen soll.

Leider entzog sich nach der Operation der Patient der weiteren Beobachtung. Eine weitere Untersuchung nach Ablauf des abszedierenden Prozesses hätte vielleicht über die Natur der Urethritis Aufschluß geben können.

Literatur.

Eichhorst, Über Muskelerkrankung bei Harnröhrentripper. D. m. W., 1899. — Heyn, Gonorrhoische Entzündung des M. obtur. intern. B. derm. Ges., Sitzung v. 14. II. 1922. — Jadassohn, Allgemeine Ätiologie, Pathologie, Diagnose und Therapie der Gonorrhoe. Handb. d. Geschlechtskrkh., Bd. 2. — Kloeppel, Gonorrhoischer Abszeß im M tibialis ant. Derm. W., 1921, Bd. 73. — Lèri, André, Luton, Abcès gonococcémique. Referat Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 8, S. 537. — Nobl, Blennorrhoische Muskelerkrankung. Handb. f. Geschlechtskrkh., Bd. 2. — Schlesinger, Myositis gonorrhoica. D. militärärztl. Zschr., 1906. — Siebelt, Gonorrhoische Allgemeininfektion. M. Kl., 1907. — Róna, Kasuistische Beiträge zu den Entzündungen der Muskeln im Verlauf der Gonorrhoe. Arch. f. Derm., 1892, Bd. 24. Ergänzungsheft.

Der Erfinder der Homöopathie.

Von

Prof. Kromayer in Berlin.

Motto: „Den Götzen macht nicht, wer ihn schnitzt und vergoldet, sondern wer ihn anbetet." Gracian.

Der Chirurg Aug. Bier hat in einer Artikelserie der Münchner medizinischen Wochenschrift sich zur Homöopathie bekannt und hat dabei auch dermatologisches Gebiet betreten. Seine Publikation würde für mich keine Veranlassung geben, an dieser Stelle etwas zu schreiben.

Nun hat aber Bier Proselyten in unserer dermatologischen Disziplin gemacht. In der Berliner Dermatologischen Gesellschaft hat von namhafter Seite ein Antrag auf homöopatische Behandlung von Hautkrankheiten vorgelegen, und auf S. 1078ff. dieser Wochenschrift wird von Behandlung mit Sulf D 3 und Sulf D 6 als von einer selbstverständlichen Sache gesprochen. Da erscheint es mir angezeigt, zur Feder zu greifen, da ich mich in Sachen Homöopathie zu Hause glaube.

Meine kluge Mutter kurierte uns Kinder, wenn wir Zahn- oder Leibschmerzen oder andere Leiden hatten, mit Hilfe einer umfangreichen homöopathischen Hausapotheke und eines dicken Nachschlagebuches, und wir Kinder, die wir bei der Auswahl der Mittel durch Riechen am Stöpsel behilflich waren, glaubten ebenso fest an ihre Heilkraft wie meine Mutter selbst; denn wir wurden fast stets rasch geheilt.

Das war die Veranlassung, daß ich nach vollendetem Staatsexamen vor fast 40 Jahren die eintretende Muße zu einem gründlichen Studium der Homöopathie benutzte, dessen Ergebnis ich hier verwende:

Hahnemann verkündete sein Evangelium zu einer Zeit, der Goethe im Osterspaziergang ein poetisches Denkmal gesetzt hat:

„So haben wir mit höllischen Latwergen
In diesen Tälern, diesen Bergen
Weit schlimmer wie die Pest getobt.
Ich habe selbst den Gift an Tausende gegeben:
Sie welken hin, ich muß erleben,
Daß man die frechen Mörder lobt."

Digitized by Google

Dadurch, daß er die Homöopathie erfand und nichts von Giften gab, hat HAHNEMANN Tausenden das Leben gerettet und ist den Wohltätern der Menschen zuzurechnen.

Aus geschickt ad hoc gedeuteten Beobachtungen aus seiner Phantasie und seinen Fingern sog er in genialer Weise die Homöopathie, aber er stand meiner Meinung nach über ihr, obgleich ein Beweis hierfür aus seinen Schriften nicht zu erbringen ist. Er bedurfte eines Systems, das er als Prophet mit der Überzeugung des Propheten der Menschheit vortragen konnte, um zu wirken, und schließlich mag er selber an seine Phantasien geglaubt haben wie ein E. T. A. HOFFMANN.

Denn die glatte Wahrheit, daß die Natur sich in den meisten Fällen selber hilft, hätte nicht verschlagen, und hätte er in seinen Schriften auch nur den geringsten Spott und Zweifel an sich selber und seinem System geäußert, so wäre seine Wirkung verloren gewesen.

Ich erinnere mich eines köstlichen Briefes, den HAHNEMANN an eine fürstliche Persönlichkeit gerichtet hat, in dem er bis ins einzelne hinein auf feiner Beobachtung beruhende Verhaltungsvorschriften gab, die aber nutzlos wären, wenn nicht die mitgeschickten homöopathischen Medizinen gleichzeitig genommen würden.

HAHNEMANN war ein guter Kenner der Menschen: Der größte Unsinn wird am freudigsten geglaubt. Die stärkste Verdünnung, die höchste Potenz sichert die kräftigste Wirkung. Die 30. Potenz nach der Zentesimalverdünnung ist 1 zu einer Zahl mit 60 Nullen, d. h. ein Tropfen Urtinktur auf eine Wasserkugel etwa mit dem Durchmesser der Entfernung von der Erde bis zur Sonne, während die ursprüngliche Dezimalverdünnung immer noch die Mischung eines Tropfen in eine Wasserkugel etwa von der Größe der Erde ist.

In HAHNEMANNS Schriften finden sich nebeneinander Lebensweisheit, feine Beobachtung und albernes Geschwätz, und gerade diese Mischung hat für den Unkritischen eine stark werbende Kraft. HAHNEMANN wirkt, wie das Beispiel BIER zeigt, auch jetzt noch faszinierend und verwirrend.

Auf die Homöopathie ebenso wie auf all die vielen Mystifikationen des Menschengeschlechts, die den Wunderglauben und die Wundersehnsucht der Menge befriedigen, treffen die Worte GRACIANS zu:

„In allem geht stets die Lüge voran, die Kurzsichtigen nach sich ziehend am Seil ihrer unheilbaren Gewöhnlichkeit; aber die Wahrheit kommt immer zuletzt langsam nachhinkend am Arme der Zeit."

Ein direkter Kampf gegen die Homöopathie und ähnliche theoretisierende Phantastereien ist aussichtslos wie jeder Kampf gegen einen Wunderglauben.

Im Interesse des Ansehens unserer Disziplin wäre es freilich zu wünschen, daß unter uns Dermatologen keine weiteren homöopatischen Proselyten mehr erstünden, und daß bei Beurteilung von „Heilerfolgen" die nüchterne Kritik angewendet würde, die dem wissenschaftlichen Arzte obliegt.

Referatenteil

redigiert von Dr. MARIE UNNA, Hamburg-Bergedorf.

Fachzeitschriften.

Venerologia und Dermatologia.

1925, Juli—August, Nr. 4.

Die Syphilis der Schädelknochen nach Befunden des Anatomischen Instituts der Saratower Universität, von Stadnitzki. Bei 6 Schädeln fanden sich alle, von Virchow als pathognomonisch für Syphilis erklärten Zeichen.

Die Bedeutung der Veränderungen der Spinalflüssigkeit in den verschiedenen Perioden der Syphilis, von Efron und Grshebin. Die Bedeutung des Liquorbefundes für die Diagnose und Prognose der Syphilis kann zur Zeit als gesichert angesehen werden. Obgleich die ersten Liquorveränderungen zuweilen schon während der

Digitized by Google

sero-negativen Periode des primären Schankers auftreten können, wächst die Zahl derartiger Fälle erst mit dem Auftreten der positiven WR im Blut und erreicht ihr Maximum anscheinend zum Schluß des ersten Jahres. Die frühzeitigen, beispielsweise bis zum ersten Jahre auftretenden Liquorveränderungen tragen keinen dauernden Charakter und entbehren daher einer ernsten prognostischen Bedeutung; die späteren Veränderungen haben dagegen eine größere Bedeutung und verdienen die besondere Aufmerksamkeit des Arztes. Dementsprechend muß die Punktion zwischen dem 1. und 2. Jahre der Erkrankung vorgenommen und im 4. Jahre nochmals wiederholt werden. Von den verschiedenen, üblichen Liquoruntersuchungen ist, außer einer stark positiven WR. keiner einzigen an sich eine entscheidende Bedeutung zuzusprechen, sondern nur einer solchen im Verein mit den übrigen. In einem gewissen Teil der Fälle läßt sich aus den klinischen Erscheinungen auf den Zustand des Liquors schließen, aber das hat keine absolute und daher keine praktische Bedeutung. Obgleich die Behandlung zweifellos eine Wirkung auf den Zustand des Liquors ausübt, ist das nur möglich, so lange die Veränderungen des Zentralnervensystems einen entzündlichen und keinen degenerativen Charakter tragen. Der negative Befund nur einer Liquoruntersuchung kann nicht als Beweis einer ausgeheilten Syphilis angesprochen werden.

Ein Fall von syphilitischer Reinfektion, von J. Neumann. Die 1. Infektion im Jahre 1915 bei einem 20jähr. Kranken wurde behandelt mit 12 Injektionen von salizyls. Hg und 2 Salvarsaninfusionen (Beginn der Behandlung im Primärstadium, aber ohne Angabe, ob im seronegativen Stadium?) Acht Jahre später traten bei ihm Geschwüre an den Beinen auf, welche unter 15 Hg-Spritzen schwanden. Sechs Monate darauf akquirierte Pat. einen neuen harten Schanker, der gefolgt war von Lymphdrüsenschwellung und papulösem Exanthem und somit als Reinfektion aufgefaßt werden mußte.

Vergleichung des Wertes der verschiedenen Methoden der Liquoruntersuchungen, von Grshebin und Minsker. Die Messung des Liquordruckes ist unwesentlich. Die Pleozytose gehört zu den häufigsten und frühesten Liquorveränderungen, die in der Regel wieder zur Norm zurückkehrt. Die Bestimmung des gesamten Inhaltes ist ohne klinische Bedeutung. Die Reaktionen von Nonne, Pandy und Weichbrodt sind in klinischer Hinsicht von gleichem Wert. Die Kolloidreaktionen von Lange und Emanuel bieten nur eine gute Vervollständigung der 4 Reaktionen von Nonne. Eine stark positive WR des Liquors weist mit Gewißheit auf eine syphilitische Affektion des Zentralnervensystems hin. Die Reaktionen Meinicke und Sachs-Georgi haben für die Liquoruntersuchung eine geringere Bedeutung als für diejenige des Blutes. Zu praktischen Zwecken genügen die 4 Nonneschen Reaktionen.

Über das Sarkoid Boeck und Lupus pernio, von Tschlekow. Beschreibung eines Falles von Sarkoid Boeck und gleichzeitigem Vorkommen von Lupus pernio bei einem 8jähr. Mädchen.

Zur Frage des Leucoderma solare, von A. Feldmann. Bei der Entstehung vieler, wenn nicht aller Fälle von Leukoderma spielt die Sonne oft eine große, vielleicht sogar eine entscheidende Rolle.

Zur Klinik und Pathogenese des Xeroderma pigmentosum (Kaposi), von M. Per. Beim Xeroderma pigmentosum handelt es sich um eine außerordentliche Empfindlichkeit der Haut gegenüber den ultravioletten Strahlen. Die aktinischen Strahlen haben zweifellos einen ungünstigen Einfluß auf den Verlauf des Xeroderma pigmentosum. Anscheinend hängt diese angeborene ungenügende Widerstandskraft der Haut aktinischen Strahlen gegenüber von der Blutsverwandtschaft der Eltern ab. Therapeutisch-prophylaktische Maßnahmen sind von hohem Wert.

Die Dermatitis gangraenosa infantum — ein Tuberkulid der Haut, von L. Schtamow. Von drei beschriebenen Fällen bestand in zwei außer der charakteristischen Hautveränderung eine schwere allgemeine Kachexie und Tuberkulose der inneren Organe, was auch durch die Sektion bestätigt wurde. Im 3. Fall war die Krankheit kombiniert mit Erbsyphilis und Tuberkulose.

Zur Frage der Heilbarkeit des Trippers des Weibes, von Sternberg. Da der Schwund der klinischen Erscheinungen noch kein Kriterium über das völlige Schwinden der Gonokokken bzw. der Aschschen Diplokokken gibt, so muß man sich zwecks Bestimmung einer Heilung folgender Methode bedienen: a) einer Injektion von Gonokokkenvakzine, b) der Komplementbindungsreaktion von Bordet, zuerst bei Tripper angewandt von Bruck. Nur wenn diese Reaktionen bei fehlenden Gonokokken negativ ausfallen, kann von Heilung gesprochen werden.

Digitized by Google

Zur Kasuistik der Lagerungsanomalien des Nebenhodens, von Benjaminowitsch. Drei Fälle.

Beobachtungen über die Autojanetisierung, von Semenenko. Bei dem großen Andrang von Tripperkranken in der Abteilung von Prof. Fronstein in dem Moskauer Venerologischen Institut wurde versuchsweise den Kranken gestattet, im Beisein des Arztes die Janetisierung von ihnen selbst ausführen zu lassen. Es übte dieses jedoch einen schlechten erzieherischen Einfluß aus, indem die Kranken fortblieben und sich angeblich zu Hause behandelten. Das Resultat war eine Zunahme der Tripperkomplikationen.

Die Behandlung des chronischen Trippers mittels Tamponade der Urethra, von Waschkewitsch. Unter Benutzung kurzer, aber auch langer urethroskopischer Tuben von N 74, je nach der Lage der Infiltrate, tamponiert Verf. die Harnröhre mittels protargolhaltigem ($^1/_2$—2%igem) Glyzerintampon, welcher 2 Stunden in der Urethra bleibt. Diese Behandlungsmethode ist angeblich einfach und rationell, verkürzt die Behandlungsdauer und wirkt provozierend auf eine latente vordere Urethritis.

Zur Frage einer einheitlichen Bestimmung über die Ausführung der WR in Verbinduug mit ihrer Standardisierung auf Grund dreier allrussischer Besprechungen, von J. Finkelstein und Togunow. Kundgabe des Beschlusses dieser Besprechungen und die auf Grund derselben festgesetzte Instruktion.

Die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei Syphilis, von Farber und Schulmann. Unter Benutzung der 1. Linzenmeierschen Methode untersuchten die Verff. das Blut von syphilitischen Männern, aber auch bei anderen Krankheiten, und kamen zu dem Schluß, daß in allen Stadien der Syphilis, auch der latenten, eine Zunahme der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen besteht. Am stärksten ist dieselbe bei aktiver Lues III und frischer Lues II. Indessen wird der Wert dieses Phänomens dadurch vermindert, daß auch bei anderen venerischen Krankheiten und bei einigen Hautkrankheiten eine ebensolche Zunahme der Senkungsgeschwindigkeit zur Beobachtung kommt.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bei den Bauern, von Okun. Die Untersuchungen ergaben im Dorf Naryschkino $3{,}8\%$, in Hudenowka $6{,}6\%$ und in Neu-Hudenowka $7{,}5\%$ Syphilitiker unter allen Bewohnern, darunter waren kranke Männer $37{,}7\%$ und kranke Frauen 62.3%. Bei den Männern verhalten sich die gummösen Erscheinungen zu den kondylomatösen wie 25% zu $7{,}8\%$, bei den Frauen wie 47.5% zu $10{,}4\%$. Von den Männern wie Frauen hatten sich $^2/_3$, von den Kindern $^9/_{10}$ gar nicht behandeln lassen. Bei einem Vergleich der städtischen Verhältnisse mit den ländlichen zeigt sich, daß sich unter den Jünglingen im Alter von 19—20 in der Stadt nur $^1/_7$ keusch erhält, von denen auf dem Lande dagegen 49%. Bei den Bauernmädchen beginnt das Geschlechtsleben viel früher, zwischen 14 und 16 Jahren, weil sie früh heiraten.

Ein Arbeitsjahr im venerologischen Dispanser, von Moskwin. Eindrücke über die schwierige Aufklärungsarbeit, welche am leichtesten zu lösen ist durch Fragen und Antworten.

A. Jordan-Moskau.

The British Journal of Dermatology and Syphilis.

1925, Bd. 37, Nr. 8—9.

Case of Lymphadenoma with Erythrodermia (Ein Fall von Lymphadenom mit Erythrodermie), von J. M. H. Macleod. S. 347. Der Fall betraf einen älteren Mann und war über ein Jahr bis zum tödlichen Ende in Beobachtung. Die Erythrodermie war eine allgemeine; Ohren und Beine waren geschwollen, ekzematös, aber keine ausgesprochene Abschilferung der Haut und relativ geringe Infiltration vorhanden. Die richtige Diagnose wurde erst durch die Sektion gestellt; die mikroskopische Untersuchung der Lymphdrüsen und der Haut zeigte eine Art Retikulo-endotheliosis mit anfänglicher lymphoider Hyperplasie, gefolgt von endothelialer Proliferation und Fibrosis. Wahrscheinlich wegen der relativ konzentrierteren Anordnung des retikulo-endothelialen Gewebes in den Lymphdrüsen war der Prozeß in diesen ausgeprägter und fortgeschrittener wie in der Haut. Der Zustand kann als Lymphadenom oder Lymphogranulomatosis, welche die ausgesprochenen Erscheinungen der wirklichen Hodgkinschen Krankheit noch nicht entwickelt hat, angesprochen werden.

Digitized by Google

Aleukaemic Leukaemia with Multiple Skin Tumours (Aleukämische Leukämie mit zahlreichen Hautgeschwülsten), von J. A. Drake. S. 354. Es handelt sich um einen gut gebauten und gut genährten jungen Mann von 25 Jahren, der mit zahlreichen, über Gesicht, Armen und Beinen zerstreuten Hautgeschwülsten verschiedener Größe, die bei mikroskopischer Untersuchung aus Lymphzellenanhäufungen bestanden, in Behandlung kam. Die auffallendste Veränderung im Blute war eine ausgesprochene Leukopenie, welche jedoch mit einer relativen Vermehrung der Lymphozyten (Aleukämie) verbunden war. Außerdem bestand Fieber, allmähliche Vergrößerung der Milz, Gelenkschmerzen, zunehmende Verschlimmerung des Allgemeinzustandes; tödliches Ende (nach einigen Monaten). Der Sektionsbefund wie auch manche klinische Symptome sprechen für die Wahrscheinlichkeit infektiösen Ursprungs einer Krankheit der blutbildenden Organe — lange sich hinziehende chronische Infektion, zu welcher schließlich noch eine akute Infektion sich hinzugesellte. Der histologische Befund der Lymphdrüsen läßt annehmen, daß ihre Funktion der Lymphozytenbildung mangelhaft geworden, und jener des Knochenmarks, daß es ebenso mit der Granularzellbildung der Fall ist; die Haut kehrt unter diesen Umständen unvermerkt zu ihrer fötalen Funktion zurück und versucht diese Funktionsschwäche auszufüllen, wenigstens bezüglich der Lymphzellen: daher die Bildung multipler lymphozytischer Hauttumoren.

Abnormalities of Blood-Sugar Content in Eczema (Abnormitäten des Gehalts an Zucker im Blute bei Ekzem), von H. Haldin-Davis und L. Wills. S. 364. Der normale Gehalt an Dextrose oder Glukose im Blute gesunder Individuen beträgt 0,1 bis 0,15 mg per ccm, je nach der Zeit nach der Zuckeraufnahme; wenn er über 0,17 oder 0,18 mg hinausgeht, so kann der Zucker im Urin auftreten. Aber in vielen solchen Fällen ist auch die normale Fähigkeit der Niere, den Zucker zu eliminieren, eine erhöhte, und der Blutzuckergehalt kann auf 0,2 mg oder noch mehr ohne Glykosurie steigen — also beinahe auf das Doppelte der Norm. Die Untersuchungen, welche Verff. vornahmen, erstreckten sich auf 24 Personen, wovon 20 mit Ekzem, 2 mit chronischer exfoliativer Dermatitis, 1 mit Lichen hypertrophicus und 1 mit chronischer Impetigo; außerdem wurden an 6 gesunden Studenten Kontrolluntersuchungen vorgenommen. Von den 20 Ekzemfällen zeigten 13 Abweichungen von der Norm, wovon die auffallendste (in 6 Fällen) der hohe Prozentsatz an Zucker während des Hungerzustandes war. Jedenfalls geht aus den Untersuchungen — so schwer auch bei der Verschiedenheit der Befunde eine strikte Schlußfolgerung ist — hervor, daß etwa 66% der Ekzemfälle mit irgend einer Abnormität im Blutzuckergehalt verbunden sind, ohne daß gleichzeitig Diabetes besteht; diese Abnormitäten scheinen bei weitverbreitetem Ekzem häufiger zu sein, und gleichzeitig besteht auch Hautödem. Verff. glauben, daß bei genauerer Nachforschung wahrscheinlich auch andere ausgebreitete Dermatosen diese Blutzuckererhöhung zeigen. So fanden sie dieselbe u. a. in einem sehr alten Fall von Lichen hypertrophicus; andererseits zeigten 1 Fall von Prurigo und 2 von chronischer exfoliativer Dermatitis vollkommen normale Zahlen. Immerhin kann weiteres Studium des Blutzuckers bei verschiedenen Arten von Dermatosen interessante Resultate liefern. Was nun die diätetische Behandlung hartnäckiger Ekzeme — und vielleicht anderer Hautkrankheiten — betrifft, so dürfte die Warnung vor übermäßigem Zucker- und Stärkemehlgenuß auch wissenschaftlich begründet sein. Tabellarische Übersicht der beobachteten und der Kontrollfälle.

M. Stern-München.

Annales des Maladies Vénériennes.

1925, Jahrg. 50, Nr. 8.

Contribution à la question de la priorité du Dr. Rosenblum dans la nouvelle méthode du traitement de la paralysie générale (Beitrag zur Prioritätsfrage von Dr. Rosenblum in der neuen Behandlungsmethode der allgemeinen Paralyse), von M. Ikhtemann-Petersburg. S. 561. Verf. weist darauf hin, daß der Gedanke der im allgemeinen nach Wagner-Jauregg benannten Methode von dem im Jahre 1926 in Odessa geborenen Arzt Dr. Rosenblum bereits in einer 1876 erschienenen Arbeit niedergelegt wurde. Rosenblum berichtet darin über den günstigen Einfluß absichtlich übertragener fieberhafter Erkrankungen auf den Verlauf von Psychosen. Die Beobachtungen erstrecken sich auf Malaria, Typhus und Rekurrens. Die Arbeit wurde von Oks ins Deutsche übertragen und erschien unter dem Titel: „Über die Wirkung fieberhafter Krankheiten auf Heilung von Psychose“ im Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1879, Bd. 10.

Digitized by Google

Résultats de l'étude de 500 sérums à l'aide de la réaction du benjoin colloidal (Ergebnisse von 500 Serumuntersuchungen mit der kolloidalen Benzoereaktion), von A. Starobinsky. Derm. Kl. Genf. S. 566. In 86,9% der Fälle war eine Übereinstimmung mit der WR vorhanden. Als besonders sensibel erwies sich die Benzoereaktion bei latenter und viszeraler Lues und bei den fraglichen Fällen. So war bei 11 auf Syphilis verdächtigen-Kranken der Wassermann negativ, während die Benzoereaktion positiv ausfiel. Die Probe ist jedenfalls dank ihrer sicheren Spezifität und ihrer Eindeutigkeit eine wertvolle Ergänzung der WR.

Accidents locaux des injections intramusculaires de produits bismuthiques insolubles en suspension huileuse (Örtliche Störungen bei intramuskulärer Einspritzung unlöslicher Wismutpräparate in öliger Suspension), von R. Barthélemie. S. 570. Von gutartigen Störungen wurden beobachtet die sklerotische Veränderung des Muskels und die Knötchenbildung. Unangenehmer sind die Ölzyste, der Abszeß und die Embolie. Um diese Zufälle zu vermeiden, muß man nach dem Einstechen der Nadel die Spritze abnehmen, um sich zu überzeugen, daß man nicht gerade ein Gefäß getroffen hat. Die Einspritzungen müssen recht tief erfolgen, wobei mit dem Muskel zu wechseln ist. Was das Mittel anlangt, so kommt es darauf an, daß das Öl frei ist von mineralischen Bestandteilen. Die Lösung soll möglichst konzentriert sein, damit der Körper nicht allzu große Mengen zu resorbieren hat. Das Wismut selbst muß fein verteilt sein in homogener Lösung.

Blennorrhagie et hypocondrie (Blennorrhoe und Hypochondrie), von R. Benon-Nantes. S. 578. Im Verlauf einer Blennorrhoe können alle möglichen psychischen Störungen eintreten: von einfachen Angstzuständen über neurasthenische Vorstellungen bis zu schweren Depressionszuständen, die infolge zunehmender Kachexie sogar einen tödlichen Ausgang nehmen können. In solchen Fällen hat eine sachgemäße Psychotherapie zu erfolgen unter Zuhilfenahme der üblichen roborierenden Mittel.

Sur un cas de syphilome primaire de l'urètre (Ein Fall von Primäraffekt der Harnröhre), von Jamain. S. 591. In der Gegend des Frenulums kleine Läsionen, die den Eindruck von Plaques muqueuses machen. Letzter Koitus vor etwa 10 Wochen. Leistendrüsenschwellung rechts. Zunächst kein Primäraffekt auffindbar; kein Ausfluß. Erst die genaue Abtastung der Harnröhre ergibt eine verdächtige Verhärtung an ihrem glandulären Ende. Im Ausstrich massenhaft Spirochäten, Wassermann stark positiv. Spezifische Behandlung bringt Heilung.

A propos des blennorragies buccales (Über bukkale Blennorrhoe), von Carle-Lyon. S. 593. An Hand einiger Fälle weist Verf. darauf hin, daß in den allerseltensten Fällen die Blennorrhoe wirklich „ab ore" übertragen wird; viel öfter ist es die mit frischem Eiter beschmutzte Wäsche, oder die Infektion erfolgt durch sekretbeschmierte Finger.

F. Landauer-Berlin.

Bücherbesprechungen.

Die wissenschaftlichen Grundlagen und praktischen Ergebnisse der Chemotherapie der Infektionskrankheiten, von H. Schloßberger. (Verlag H. Kornfeld, Berlin 1925.) Ausgehend von der Empirie des Mittelalters geben die Ausführungen eine ausgezeichnete Übersicht über die chemotherapeutischen Forschungen bis zu den neuesten Ergebnissen. Sie sind nicht mehr nur dem Praktiker, sondern auch dem gebildeten Laien verständlich.

F. Rosenthal-Berlin.

Le cure ipertermiche e diatermiche nelle affezioni blennorragiche (Die Hyperthermie und die Diathermie bei den blennorrhoischen Erkrankungen), von A. de Nicola. (Verlag L. Cappelli-Bologna.) Als erste umfassendere Publikation in Italien über Diathermie fußt diese Monographie auf einem fleißigen Studium der ausländischen Literatur und auf einer Reihe eigener Beobachtungen. Über die Wärme als Heilmittel wird ab ovo berichtet von Hippokrates bis zu Bier. Aber noch älteren Datums ist die Blennorrhoe. Ziemlich erschöpfend wird das für die Diathermietherapie der blennorrhoischen Erkrankungen notwendige Instrumentarium beschrieben und abgebildet. Die Diathermieströme wirken bei Erzeugung einer Temperatur von 40—42° durch Wärme und Hyperämie in fast allen Formen der Blennorrhoe günstig, können die akute Erkrankung schneller als andere Methoden heilen, unterstützen bei der chronischen die übrigen Heilmittel in vortrefflicher Weise, übertreffen alle anderen Behandlungsmethoden bei der akuten und chronischen Prostatitis und vielen anderen Komplikationen und sind besonders bei Erkrankungen der Frauen das gegebene Heilmittel. R. Rontal-München.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Allgemeine Physiologie.

Beiträge zur Physiologie der menschlichen Kapillaren, von H. Heimberger, Med. u. Nervenkl. Tübingen. (Zschr. f. d. ges. exp. M., 1925, Bd. 46, H. 5/6, S. 519.) Diese Beiträge zur Physiologie der Kapillaren besprechen 1. das Verhalten der Kapillaren auf mechanische, 2. auf medikamentöse Reize, 3. den Kapillarpuls und 4. die arterio-venösen Verbindungen im peripheren Gefäßsystem. Zusammenfassend ergibt sich etwa folgendes: reflektorische Erweiterung der Kapillarschlinge mit Beschleunigung der Strömung tritt ein nach leichtem stumpfem Druck auf die Hautoberfläche und feinem Stich in die Umgebung der Kapillaren, Verengerung mit Verlangsamung der Strömung sowie vorübergehendes Verschwinden des Gefäßes nach stärkerem Stichreiz. Kontraktion der Endothelzellen um den Stichkanal nach Verletzung, die sich auf die benachbarten Teile der Gefäßwand ausdehnen kann, tritt bis zum zeitweiligen völligen aktiven Verschluß des Kapillarlumens ein. Die medikamentöse Beeinflussung der Kapillaren vollzieht sich teils indirekt durch Erregung der nervösen Elemente, teils direkt durch Reizung der Endothelzellen selbst; sie macht sich bemerkbar durch konzentrische Kontraktion (Adrenalin) und Veränderung des Tonus und der Motilität der Kapillaren. Teilweise abweichende Reaktionen wurden beobachtet bei Vasoneurosen und einem Falle von Myxödem. Kapillarpuls, das ist ungleichförmige Strömung in den Kapillaren, scheint unter bestimmten Bedingungen resp. manchen zentralen (vom Herzen ausgehenden) oder peripheren Reizen aufzutreten; immerhin scheint diese Erscheinung (des Kapillarpulses) noch weiterer Untersuchung zu bedürfen. Direkte arterio-venöse Verbindungen sowohl im Kapillargebiet wie im Bereich der subpapillären Plexus werden aus den Ergebnissen von Experimenten indirekt gefolgert und ihr Vorhandensein durch den direkten Nachweis dieser Gefäße bestätigt. Der Zweck der zahlreichen Verbindungen im arteriellen wie auch venösen System und der ziemlich regelmäßig angeordneten derivatorischen Kanäle scheint schließlich in folgendem zu liegen: Der Stoffwechsel und Gasaustausch des Gewebes muß unter allen Umständen aufrechterhalten werden durch Sicherstellung der Blutversorgung des Kapillargebietes, und die dem Stoffwechsel dienenden empfindlichen Gebilde der Kapillaren müssen außerdem aber noch vor der Schädigung, die ihnen durch eine Überlastung mit Blut droht, geschützt werden.

M. Stern-München.

Blut und Sonnenstrahlung, von O. Kestner, Physiol. Univ.-Inst. Hamburg. (Fortschr. d. Ther., 1925, H. 12, S. 390.) Unter dem Einfluß der Sonnenstrahlung tritt eine Vermehrung der roten Blutkörperchen ein, und zwar besteht zwischen der Sonnenscheindauer und dem Hämoglobingehalt ein direktes Verhältnis, so daß offenbar eine direkte Einwirkung auf das Blut anzunehmen ist. Außerdem läßt sich nach Bestrahlung mit künstlicher Höhensonne eine Vermehrung der Resistenz der roten Blutkörperchen erzielen. Da diese Erhöhung der Resistenz gleichzusetzen ist einer Zunahme der Lebensdauer der roten Blutkörperchen, so ist damit das zeitliche Zusammenfallen von Sonnenscheindauer und Blutkörperchenzahl verständlich. Der Angriffspunkt der Strahlen ist in diesem Falle nicht die Haut, sondern das in den Hautkapillaren kreisende Blut.

B. Peiser-Berlin.

Beitrag zur Wärmebilanz des Tropenbewohners, von H. W. Knipping, Med. Univ.-Kl. Hamburg-Eppendorf. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1925, Bd. 29, Nr. 8, S. 357.) Der Wärmehaushalt eingeborener Tropenbewohner unterscheidet sich prinzipiell nicht von dem tropengewohnten Europäer, woraus die Eignung der letzteren zur Tropenarbeit hervorgeht.

E. Schröpl-Hamburg.

Mikroskopische Technik.

Über die Vergleichung einiger Fixierungs- und Färbungsmethoden, von K. Kosaka und F. Bito, Anat. Inst. Okayama. (Folia Anat. Jap., 1924, Bd. 2, H. 4.) Die in der Färberei bekannte Tatsache, daß das Färbevermögen eines sauren Farbstoffs durch Zusatz einer sauren Lösung gefördert wird, nutzt man in der histologischen Technik zu wenig aus. Hat man mit Hämatoxylin vorgefärbt und gerät die nachfolgende Eosinfärbung schlecht, so empfiehlt es sich, ein Alaunbad dazwischenzuschieben. Mischung von Alaun und Eosin gibt dagegen schlechtere Resultate. Die Verff. vermuten,

Digitized by Google

daß sich das Bindegewebe des Hundes deshalb mit Säurefuchsin stärker als dasjenige des Kaninchens färbt, weil es saurer ist. R. E. Liesegang-Frankfurt a. M.

Tecnica per lo studio del processo della corneificazione della cute allo stato normale e patologico (Technik zum Studium des Verhornungsprozesses der Haut unter normalen und pathologischen Verhältnissen), von L. Martinotti, Derm. Univ.-Kl. Siena. (Zschr. f. wissensch. Mikroskopie, 1924, Bd. 41, S. 202—237.)

F. J. Baar-Bad Kreuznach.

Gallozyanin (Becher) als Kernfarbstoff, nebst einigen Bemerkungen über das Färben und Versilbern von Gelatineschnitten, von C. Krauspe, Path. Inst. Leipzig. (Zbl. f. Path., 1925, Bd. 36, Nr. 14/15, S. 392.) Krauspe tritt für die von den Pathologen bisher viel zu wenig beachtete Kernfärbung durch Beizefarbstoffe nach den Angaben von Becher ein. Bisher bestand ein Nachteil darin, daß sich Zelloidin stark mitfärbt. Deshalb verwendet Krauspe Gefrierschnitte von Präparaten, welche in Gelatine eingebettet waren. Diese können auch mit Gelatine auf den Objektträger geklebt werden. Denn die Bechersche Lösung von 0,5% Gallozyanin in 5% Chromalaun besitzt weder Affinität zu den kollagenen Substanzen noch zu deren Abkömmling, der Gelatine. Die Färbung läßt sich ausgezeichnet mit van Gieson- oder Orzeingemischen kombinieren. Die Einschließung erfolgt nachher in Glyzerin-Gelatine. Zur Bielschowskyschen Imprägnation mit Silber können die Gelatineschnitte besser geeignet gemacht werden, indem man sie vorher in eine ganz schwache Ammoniaklösung bringt. Auch bei lange mit Formalin vorbehandelten Schnitten wirkt diese Vorbehandlung gut.

R. E. Liesegang-Frankfurt a. M.

Über die Metachromasie des Glykogens bei Färbung mit basischen Anilinfarben, von P. Kutscherenko-Kiew. (Virch. Archiv, 1925, Bd. 255. H. 3, S. 745.) Ausgehend von den Untersuchungen anderer Autoren über die Natur komplizierter Eiweißkörper, vermutete der Verf., daß die metachromatischen Eigenschaften derselben auf dem Kohlenhydratkomplex ihres Moleküls beruhen, und es gelang ihm eine metachromatische Färbung des Glykogens mittels Thionin. Manche Gewebsbestandteile, deren Glykogennatur durch andere Methoden sichergestellt ist, nehmen die Färbung nur unvollkommen oder gar nicht an; diese Substanzen werden als intermediäre Phasen im Glykogenstoffwechsel aufgefaßt. E. Schröpl-Hamburg.

Bakteriologie und Immunitätslehre.

Über bazillogene Tumoren und tumorerzeugende Bakterien, von Fr. Reichert-Dresden. (D. m. W., 1925, Nr. 32, S. 1306.) Verf. berichtet über eine eigenartige gegenseitige Beeinflussung von zwei zeitlich und örtlich getrennten Injektionen von Tumorbrei. Der Brei stammt von einem durch den Blumenthalschen Bazillus P. M. erzeugten Tumor. Erfolgte die zweite Applikation von Tumorbrei nur wenige Tage nach der ersten, so geht vorwiegend die zweite Impfung an. Wird dagegen die zweite Injektion zwei oder mehr Wochen nach der ersten verabreicht, so verstärkt sie das Wachstum der ersten Zellimpfung. Die Erklärung für diese Befunde liegt in der Abwehrfunktion des Tierkörpers. Im ersten Fall tritt nach der ersten Injektion ein Zustand völliger Schutzlosigkeit ein (negative Phase); die in dieser Zeit erfolgende zweite Impfung kann daher eher erfolgreich sein, während die Zellen der ersten Injektion infolge der von vornherein vorhandenen Schutzkräfte des Körpers geschädigt werden. Im zweiten Fall erfolgt die zweite Impfung in einer Zeit, in der der Körper Antikörper bildet. Sie wird deshalb geschädigt, bessert aber die Wachstumsmöglichkeit der ersten Zellimpfung. Bei einmaliger Injektion betrug der Impferfolg etwa 10%, bei zweimaliger Injektion im Abstand von 3 Wochen 80% an der primären und 15% an der sekundären Impfstelle. Nach zwei Injektionen in kurzem Abstand entstanden in 25% auf der Seite der ersten und in 65% auf der Seite der zweiten Impfung kirschgroße Tumoren. Die Tatsache der Erzeugbarkeit von Tumoren durch Bazillus P. M. konnte bestätigt werden, ebenso daß es sich um maligne Tumoren mit allen Zeichen der Malignität handelt. Verf. ist der Ansicht, daß den tumorerzeugenden Bakterien ein ultravisibles Agens anhaftet, das mit ihnen eine Zeitlang in Symbiose zu leben vermag. Der Bazillus P. M. stimmt bakteriologisch vollkommen mit dem von Smith entdeckten Bacillus tumefaciens überein.

F. Harry-Wiesbaden.

Zur Frage der Antikörperbildung in der Haut, von H. Fernbach und E. Hässler, Univ.-Kinderkl. Leipzig. (Zbl. f. Bakt., 1925, Bd. 95, H. 1, S. 81.) Verff. haben nach intrakutaner und intramuskulärer Injektion von Ruhrvakzine gleiche Resultate bezüglich

Digitized by Google

der Höhe des Agglutinationstiters erzielt. Mit Sicherheit nehmen sie an, daß eine Überlegenheit der Hautzellen in der Antikörperbildung nicht vorhanden ist. Dagegen ist die Wahrscheinlichkeit nicht von der Hand zu weisen, daß die Haut Antikörper erzeugt, zumal der Titer stets rasch und hoch ansteigt. Würden keine Antikörper in der Haut gebildet werden, dann müßte man sich vorstellen, daß die Resorption und Verbreitung des Antigens im ganzen Organismus bei intrakutaner Applikation ebenso rasch wie nach intramuskulärer Injektion erfolgt. Gegen letzteres spricht das Verhalten anderer kolloidal gelöster Stoffe, wie Tuberkulin und Serum. Verff. nehmen an, daß nicht der Zellkomplex eines Organes, sondern eine hochdifferenzierte Zellart (Gefäßwandzelle?) Antikörper produziert. Die Tatsache, daß von der Haut aus eine Immunkörperbildung angeregt wird, läßt sich praktisch für die aktive Immunisierung verwerten, insofern als man durch intrakutane Zuführung des Antigens Allgemeinreaktionen vermeiden kann.

F. Harry-Wiesbaden.

Über den Einfluß einiger auf den Parasympathikus wirkender Mittel auf die Bildung der Antikörper (Agglutinine), von St. Litarczek-Bukarest. (Zschr. f. d. ges. exper. M., Bd. 46, H. 5/6, S. 656.) Nach Besprechung der Literatur wird über die im Titel angegebenen Versuche berichtet. Es ergibt sich daraus, daß Pilokarpin und Eserin den Agglutinationstiter der gegen Typhusbazillen immunisierten Kaninchen erhöhen. Diese Wirkung kommt kurze Zeit nach der Einspritzung des Reizmittels zustande. Die gegen den Typhusbazillus immunisierten Kaninchen besitzen 2 Stunden nach der Pilokarpininjektion noch einen bedeutend höheren Agglutinationstiter als vor der Einspritzung. Nach wiederholten Einspritzungen des Reizmittels kommt ebenfalls eine Steigerung zustande. In der Abnahmeperiode der Agglutination, während der die Kaninchen täglich reinjiziert wurden, bleibt der Agglutinationstiter nicht nur auf seiner ursprünglichen Höhe, sondern er steigt in einigen Fällen sogar an, während er bei den Kontrolltieren stets abnimmt. Die negativen Ergebnisse (Fehlen der Veränderung des Agglutinationstiters), die bei einer kleinen Anzahl von Kaninchen erhalten wurden, werden auf Tonusschwankungen des parasympathischen Systems zurückgeführt.

R. Hölscher-Hamburg.

Die Steigerung der Antikörperbildung durch intravenöse Manganchlorüreinspritzungen, von H. Schmidt-Marburg, Lahn. (Zbl. f. Bakt., 1925, Bd. 95, H. 1, S. 74.) Durch intravenöse Injektion von $MnCl_2$ (1.0 $n/_{100}$-$n/_{1000}$ MCl_2-Lösung pro kg Körpergewicht) wird der Diphtherie- und Tetanus-Antitoxingehalt immunisierter Pferde beträchtlich gesteigert. Das Maximum der $MnCl_2$-Wirkung stellt sich 1 Stunde nach der Einspritzung ein und hält sich $^1/_2$-1 Stunde auf dieser Höhe. Bei Immunisierung des Pferdes mit Meningokokken wird nach $MnCl_2$-Injektion die Komplementbindungsfähigkeit des Serums gegenüber Meningokokkenextrakt größer. Bei Kaninchen, die mit Typhusbazillen oder Pneumokokken vorbehandelt werden, steigert sich durch $MnCl_2$ der Agglutinationstiter unmittelbar nach der Injektion. In diesem Fall liegt wohl eher eine unspezifische Reizwirkung als eine spezifische Manganwirkung vor. Auf Hämolysinbildung hat $MnCl_2$ keinen Einfluß. Meerschweinchenkomplement wird durch vorhergegangene $MnCl_2$-Injektion in das Herz vorübergehend abgeschwächt. F. Harry-Wiesbaden.

Tagesgeschichtliche Nachrichten.

Dr. Fernand Bezançon, Professor der Bakteriologie, zeitlich einer der ersten Reinzüchter des Ducreybazillus, wurde zum Professor für innere Medizin in Paris ernannt.

R.

Berichtigung: In der Arbeit von Fabry, S. 1708, Zeile 5 von unten, muß es heißen „kleine und kleinste Dosen" statt „kleine und klinische Dosen".

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf.

Digitized by Google

Sachverzeichnis.

* bedeutet Originalarbeit.

Abderhaldensche Methode s. Sexualwissenschaft.
Abwehrvorrichtungen des Organismus und kutane Impfung, Gernez 1644.
Achorion s. Trichophyton.
Acne, 80 Fälle mit Röntgenstrahlen behandelt, McCafferty 1155.
Acnebazillus, kulturelle Erforschung, Ketron u. Burky 1118.
Acne und Komedonen, gehäufte, bei Arbeiten in gewerblichen Betrieben (Schwefel), Galewsky 1474,
— necrotica, Lomholt 1544.
— papulo-pustulosa mit Bildung von Keloiden und atrophischen Komedobildungen, Pautrier, Metzger u. Levy 1249.
— papulosa miliaris, lupoide, Milian 1693.
— s. seborrhoische Krankheiten.
— urticata, Breit 1606.
— varioliformis, Kumer 1026.
— — Graham Little 1637.
— vulgaris s. Schwefel.
Acnitis, bakteriologischer Befund, Schamberg u. Harkings 1117.
Achronie, zosteriforme; sind Melanoblasten Nervenzellen? Audry 1213.
Acrodermatite continue (Hallopeau), Müller 1015.
— — — Schürch 1279.
Adenoma sebaceum, Dowling 1637.
— — Grund 1606.
— — gleichzeitig mit Recklinghausenscher Krankheit, Payenneville 1250.
— — s. Naevus multiplex Pringle.
Adiponecrosis subcutanea neonatorum, Carol 1784.
Akanthosis nigricans, v. Leeuwen 1784.
— — Milian, Sauphar u. Marceron 1547.
Akrodermatitis atrophicans, Schmitt 1021.
— — Sprinz 1446.
— — Vohwinkel 1606.
— — s. endokrine Störungen.
— — s. Lupus erythematodes.
— — s. Psoriasis.
Akrodermatitis atrophicans, Narben in der Conjunctiva bei, Guggenheim 1196.
— Hallopeau, Arndt 1684.
Akrodynie, Bilderback 1153.
Akromegaler Wuchs und Cutis gyrata, Bruck 1605.
Akromegalie s. Recklinghausensche Krankheit.
Aktinomykose mit kolloidalem Jod innerlich behandelt, Lortat-Jacob u. Legrain 1247.
Aktivierung s. Mesenchym.
Alastrim und Variola, Gins 1258.
Alibertsche Tinea amiantacea, Friedmann 1576.
Allergie, Beziehungen zwischen klinischen und histologischen Erscheinungen, Ramel 1065.
— physikalische, Duke 1643.
— und Leukozytensturz, Hahn u. v. Bramann 1069.
Alopecia areata, Quarzlampenbehandlung, de Medina 1025.
— — ultraviolette Strahlen bei, Bizard 1546,
*— — zur Kenntnis der, Galewsky 1327.
— — und Lupus erythematodes, Barber 1637.
— parvimaculata (Dreuw), Martin 1020.
— thyreogenes, Pathogenese, Jedlicka 1508.
*Alopecie, Etymologie, Ebstein 1461.
— mit arteriellen Spasmen und Polyurie nach Verwundung, Lévy-Frankel u. Guillaume 1247.
— neue Methode der Behandlung, Nakagawa u. Shimomura 1215.
Alopecien, Studien über, Aramaki 1055.
Amputationsneurome s. Nervenvereisung.
Anämie, perniziöse s. Lymphogranulomatose.
Anaphylaxie, Einfluß des Manganchlorürs auf, Klopstock 1066.
— s. Protein.
— s. Senföl.

Digitized by Google

Anaphylaxie, tierexperimentelle und menschliche Idiosynkrasie, Busson u. Ogata 1066.
— s. Überempfindlichkeit.
Anaphylaxiestudien, Serumkrankheit in ihren Beziehungen zum vegetativen Nervensystem, Tonietti 1622.
— Hautreaktionen beim Menschen; Adrenalinlymphozytose, Tonietti 1642, 1643.
— Idiosynkrasie gegen Nickel (Nickelkrätze); aktive Anaphylaxie und retikulo-endotheliales System, Schittenhelm, Stockinger u. Ehrhardt 1643.
— Vakzine, Goldenberg u. Panisset 1066.
— und Sensibilisation der Haut und bei ihren Krankheiten, Low 1486.
Anästhesie, epidurale, in der Chirurgie der Harnwege, Bilger 1054.
Andriol, Chemie des, Truttwin 1092.
Anetodermia erythematosa, Weill 1059.
— der behaarten Kopfhaut, Baer 1018.
Angina, agranulozytäre, Skiles 1220.
— Plaut-Vincenti, Behandlung, Birkholz 1220.
Angiokeratom, Breit 1606.
Angiokeratoma Mibelli, Hudelo, Caillaud u. Chabrun 1640.
Angiokeratome, Pathologie und Systematisierung, Itoh 1056.
Angioma serpiginosum s. Schambergsche Krankheit.
Angiomatosis bzw. Angiokeratosis universalis, Weicksel 1767.
Angiome, Behandlung mit CO_2-Schnee und Elektrolyse, Trier 1196.
— spät auftretende mit Raynaudschem Symptomenkomplex und abortiver Sklerodermie, Lortat-Jacob u. Boutelier 1547.
Angiospasmen s. Nervenvereisung.
Anthrax s. Karbunkel.
— s. Milzbrand.
— s. Pseudomilzbrand.
Antikörper s. Parasympathikus.
Antikörperbildung, Steigerung durch intravenöse Manganchlorürinjektionen, Schmidt 1878.
Anus s. Epitheltumoren.
*Aolan s. Ekzem.
Aphthosis, Pils 1572.
Appendizitis, chronische, vorgetäuscht durch ein Gumma des Zökums, Alexander 1311.
Arthritis psoriatica, Nobl 1275.
Arzneiträger, Veyrières 1819.
Asthma s. Kutisreaktion.
— bronchiale s. Prurigo.
Atmungsorgane s. Hautveränderungen.
Atophan s. Entzündung.
Atrophia cutis maculosa s. Anetodermie.
Atrophia cutis maculosa s. Lupus erythematodes.
Ätzungen s. Pathomimie.
Aurantiasis cutis s. Fettgewebe.
— — s. Xanthodermie.
Autonomes Nervensystem s. Strahlende Energie.
Autoplastik des Gesichts mit röhrenförmigen Hautlappen, Moure 1819.

Bakterien, Ektoplasma. Theorie der Gramfärbung, Gutstein 1620, 1621.
Bakteriennährböden, Methylenblaufärbung. Zoltán 1064.
Bakteriurie s. Kolibakteriurie.
Basalzellenepitheliom, Buschke 1444.
Basalzellenkrebs, Winkler 1279.
Batterie s. Stromentnahme.
Begrüßungsansprache zur 30jährigen Versammlung südwestdeutscher Dermatologen, Herxheimer 1009.
Berufsdermatosen, Bloch, Winkler, Heller 1277.
— bzw. Gewerbeekzeme in der Praxis der Schweizer Unfallversicherungsanstalt in Luzern, Pometta 1093.
— Winkler 1093.
Bestrahlungstherapie, Grundlagen der, mit natürlichen und künstlichen Lichtquellen, Eckstein 1706.
Blastomycosis faciei extensa, Justus 1542.
— integum. et glandular lymphaticarum colli, Justus 1542.
— recidivans faciei et glandulae submandibularis, Justus 1542.
*— superficialis erosiva, Fabry 1071.
Blastomykose, Frühwald 1474.
— Gilchristsche, Pathogenese und Therapie, Neuber 1576.
— haematogene, Ramel 1278.
— meningeale Form der, Wilhelmj 1789.
Blutentnahme und Injektion, neues Verfahren, Fischer 1092.
*Blutgerinnungszeit, Verlängerung bei Dermatosen, speziell beim konstitutionellen Ekzem, von Deschwanden 1499.
Blutkalkstudien; Einwirkung der intravenösen Kalkinjektion; Adrenalinreaktion, Kylin u. Nyström 1618.
Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit bei Arthritiden und rheumatischen Affektionen der Muskulatur, Hersmann 1089.
Blut und Sonnenstrahlung, Kestner 1876.
Boluphenbehandlung, Weidner 1090.
Bowensche Krankheit, Arzt u. Biach 1427.
— — Bosellini 1853.
— — Delbanco 1571.
— — Sparacio 1089.
— — am Penis, Buschke 1444.
— Erkrankung der Schleimhäute, Richon 1212.

Digitized by Google

Brandwunden, Ausschabung und Reinigung bei, Murat Willis 1150.
Brom intravenös s. Ekzem.
— — bei Hautkrankheiten, Felugo 1821.
— — — — Tonian 1848.
Bromoderma tuberosum, Hudelo u. Chabrun 1640.
— — Naegeli 1278.
*Bruchkraut, zur Kenntnis des, Deussen 1374.
Brustdrüse, Physiologie und Pathologie; menstruelle Veränderungen. Knotenbildung. Mastitis chronica cystica, Sebening 1578.
Brustdrüsengeschwülste, seltenere, Sonntag 1767.
Brustwarze, blutende, Tapie 1768.
*Buccotean, Nathan 1812.

Calomelexanthem, Kasuistik, Holzweissig 1094.
Canities, Corret u. Carillon 1250.
Cervizitis und Fluor albus, neues Silberpräparat für, Ruete u. Weckesser 1514.
Chemische Substanzen s. Hautläsionen.
Chemotherapie der Infektionskrankheiten, Schloßberger 1875.
Chlorose s. Erythem.
Cholesterinämie, essentielle mit Xanthombildung, Westphalen 1606.
Chloride, quantitative, Bestimmung in kleinsten Gewebsmengen, Urbach u. Fantl 1089.
Cholesteringehalt s. Nebenhoden.
Cholesterin s. Röntgenstrahlen.
Cholesterinämie s. Lipomatose.
Chromatophile Körperchen im Mikroschanker; Nicolas-Favresche Krankheit, Bory 1248.
Corona glandis s. Papillen.
Cornu cutaneum der Oberlippe bei Leukoplakie der Mundschleimhaut mit maligner Entartung, Kessler u. Weiss 1249.
Cutis laxa mit dominanter Vererbung, Wiener 1426.
— marmorata pigmentosa, Perutz 1053.
— verticis gyrata, Pelagatti 1767.
— — — s. Akromegaler Wuchs.
— — — Klinik und Anatomie, Maéda 1817.
Cylindroma epitheliale pendulum, Nobl 1052.
Cylotropin-Schering in der Allgemeinpraxis, Lehnhardt 1557.

Dariersche Krankheit, Fuß 1017.
— — Spiethoff 1476.
— — abortive, Gutmann 1015.
— — Schleimhautveränderungen und Pathogenese, Brünauer 1614.
*Demodex folliculorum s. Rosazea.
Dermatitis, akute Gewerbe-, Erhart 1425.
— — polymorphe, bei chronischem Harnleiden, Jeanselme u. Hufnagel 1247.
— arteficialis, Graham Little 1637.
— atrophicans (Herxheimer-Pick), Pautrier u. Leriche 1688.
— — symmetrica progressiva, Arning 1605.
— — und ihre pseudo-sklerodermischen Formen, Ehrmann u. Falkenstein 1575.
— der Reisarbeiter, Alderson u. Rawlins 1702.
— Dichloramin-M-, Mc Nair u. Neff 1094.
— durch Chromverbindungen bei einem Blaudruckarbeiter, Parkhurst 1692.
— durch den „Portuguese Man of War", Crutchfield 1691.
— durch Telephon- und Radiohörmuscheln, Ursache und Verhütung, Stein 1702.
— durch Thiazole, Hunter 1094.
— gangraenosa infantum, Dwyer u. Klinkerfuß 1118.
— — — ein Tuberkulid der Haut, Schtamow 1872.
— Gold-, Ritter 1606.
— herpetiformis Duhring, Balassa 1540.
— — — Freund 1241.
— — — Schmitt 1021.
— — — Spiethoff 1477.
— — Langer 1684.
— — Spitzer 1276.
— — reine herpetiforme Varietät, Pautrier u. Metzger 1249.
— — s. Pemphigus.
— in Verbindung mit Erkrankung oder Verletzung peripherer Nerven, Becker 1691.
— Leukoderm nach Giftpflanzen-, Mac Carthy u. Mc Cafferty 1852.
— nach ultravioletten Strahlen, Mc Cormac u. Mc Crea 1728.
— nodularis necrotica (Werther), Haxthausen 1544.
*— papillaris capillitii Kaposi oder Narbenbildung nach chron. Eiterung, Freund 1159.
— papillomatosa capillitii, Pasini 1088, 1752.
— Pflanzen-, Kren 1574.
— s. Primula und Zypressen.
— s. Röntgen.
— uraemica, Hedinger 1278.
— Zement-, O'Donovan 1093.
— Zinnober-, Erasmi 1607.
Dermatologie an der Hand von Fällen, Blaisdell 1119, 1482, 1757, 1759, 1760.
— der funktionell-experimentelle Gedanke in der, Bloch 1070.
— spezifisch-unspezifische Behandlung in der, Kaufmann 1612.

Digitized by Google

Dermatomykose, neue, in Indien: „chimbéré", da Fonseca 1221.
Dermatomykosen durch Endo- und Saccharomyces albicans, Lombardo 1754.
*Dermatose bei Polyzythämie, Pick u. Kaznelson 1735.
*— — — Richter 1075, 1736.
— nävoide, lineäre, atrophierende mit atypischem Epitheliom kompliziert, Ramel 1278.
— streifenförmige, Haxthausen 1545.
Dermatosen s. Beruf.
*— s. Blutgerinnungszeit.
— Eigenblutbehandlung, Memmesheimer 1701.
— gegenwärtiger Stand einiger häufiger, Feldman 1617.
— K-Ca-Befunde bei einigen, Scomazzoni 1753.
— s. Pneumokokken.
— und endokrine Erkrankungen, Peyri u. Tragant 1024.
Dermatosis symmetrica dysmenorrhoica (Matzenauer-Polland) Hauck 1193.
Dermatosklerose der Unterschenkel, Winkler 1279.
Dermographie, Goldscheider u. Hahn 1619.
Dermoreaktion, iontophoretische, Sellei u. Fenyö 1506.
Dermotubin Löwensteins, Kaan 1282.
Diagnose, Fall zur, Haxthausen 1543.
— — — Justus 1543.
— — — Königstein 1053.
— — — Lilienstein 1604.
— — — Mandel 1688.
— — — Miescher 1279.
— — — Rosenthal 1541.
— — — Unna jr. 1004.
— — — Wigley 1061.
— — — Winkler 1279.
— — — Lymphogranulomatosis? Lomholt 1544.
— — — Naevus follicularis cysticus? Fuß 1017.
Diagnostisch-therapeutisches Vademekum, Donat, Friedheim usw. 1551.
Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung, Schwalbe 1855.
Diathermie in der Urologie, Serralach 1721.
Diathese s. Hautentzündungen 1068.
Diphtherie s. Scharlach.
— Schicksche Reaktion und Toxin-Antitoxinimmunisierung, Crooks 1255.
— s. Wunddiphtherie.
— zufällige, experimentelle Infektion, Hammerschmidt 1150.
— und Gonoblennorrhoe der Bindehaut, Lindner 1490.
Dispanser, Arbeitsjahr im venerologischen, Moskwin 1873.
Dopareaktion, Melaninherkunftsbestimmung, Erös 1194.
Druckempfindungen, tiefe, v. Frey 1062.
— — Goldscheider 1620.
Dyskeratose, Bemerkungen zur, insbesondere bei der Pagetschen Krankheit, Darier 1058.
— Betrachtungen über, und die Gruppe der sog. dyskeratotischen Affektionen, Pautrier u. Lévy 1058.
Dysplasia pilorum thysaniformis s. proleptica, Gawalowsky 1509.

Eigenblutinjektionen, intrakutane, Weitgasser 1091.
Eigenblutunterspritzungen, Ebers 1154.
Eihäute, Narbe bei Verwachsung der — mit der Haut, Buschke 1444.
*Ekzem, Aolan bei — nach Pruritus, besonders Pruritus vulvae, Bender 1734.
— Behandlung des, Kharchanowsky 1449.
— — einfache Mittel, Hoffmann 1787.
*— s. Blutgerinnungszeit.
— Blutzuckergehalt, Abnormitäten, Haldin-Davis u. Wills 1874.
— der Bäcker, Prosser White 1148.
— des Gesichts, Analjucken, Intertrigo, Behandlung, Philippson 1762.
— — — mit Kaposis varizelliformem Ausschlag, Rasch 1545.
*— Eitererreger und Hautallergie im chronischen, Walter 988.
*— — — — — — Rajka 1678.
— experimentelle Prüfung des vegetativen Nervensystems bei, Brill 1479.
— — Studien; I. Hautsensibilität nach chemischer Reizung, Klauder u. Brown 1117.
— Infektionen bei; Pyodermien, Sainz de Aja 1788.
— intravenöse Brominjektionen bei, Matousis 1450.
— s. Kutireaktion.
— Metabolismus des Wassers beim, Meyer 1819.
— Traubenzuckertoleranzreaktionen bei, Ayres 1450.
— vegetierendes, keratotisch und exsudativ entartetes, Brill 1475.
— und Dermatitis, Highmann 1117.
— — Ekzematide, Civatte 1688.
— — Säugling, Dind 1278.
Ekzema scrophulosorum, Fuhs 1025.
Ekzeme der Kinder, Klassifikation, Tachau 1151.
— Strahlenbehandlung, Porcelli 1820.
— und andere Dermatosen, erhöhter Harnsäuregehalt im Blut, Schamberg u. Brown 1151.

Digitized by Google

Elastische Fasern, besonders der Haut, Pathologie, Awoki 1618.
*Eleïdin, das — eine chromolytische Studie, Lorberbaum u. Unna 1519.
Elektrischer Strom, Einwirkung auf Epithel- und Karzinomzelle, Delbanco 1603.
Elektrokollargol, Exitus nach intravenöser Injektion, Zaugemeister 1091.
Elephantiasis s. Lymphangiektasien.
Endokrine Drüsen s. Hautkrankheiten.
— — und Dermatosen, Winstel 1766.
— — bei Hautkrankheiten, besonders Sklerodermie und Acrodermatitis atrophicans, Hoffmann 1765.
Endokrin-sympathische Störungen und Hautkrankheiten, Bertaccini 1755.
*Endoskop, neues Koagulations — für die vordere Harnröhre, Landt 1747.
Entzündung, Durchlässigkeit der Kapillarwände bei der, Török, Lehner u. Kenedy 1645.
— experimentelle Untersuchungen, Groll 1068.
— Hafer-Kochsalzdiät bei, Andersen 1090.
— Pathogenese der Hyperämie bei, Rajka 1646.
— s. Röntgenbestrahlung.
— Thrombose. Embolie, Metastase, v. Baumgarten 1027.
Entzündungsbereitschaft, Verminderung durch Säurezufuhr; Wesen der entzündungshemmenden Atophanwirkung, Fuerst 1701.
Entzündungshof, Entstehung des hyperämischen, Török u. Rajka 1069.
Enzephalitis, epidemische, Levaditi u. Nicolau 1762.
Eosinophilie s. Milz.
*Epheliden s. Pigmentmäler.
Epidermolysis bullosa, Janovsky 1154.
— — dystrophica hereditaria, Nager 1279.
— Klinik und Histologie einer nichterblichen Form der: Bullosis mechanica toxica ex usu Arseni, Siemens 1573.
Epidermomykosen, sechs neue Erreger, Mac Carthy 1085.
Epidermophytien der Hohlhand, Mucci 1755.
Epidermophytosis als Folge einer Impfung, Guy u. Jacob 1691.
Epididymektotomie, Scott Pugh 1120.
Epididymitis s. Orchitis.
Epispadie, Macewen 1516.
Epitheliom der Haut mit Beteiligung der Conjunctiva bulbi, Winkler 1279.
— der Unterlippe, Young 1758.
— des Gesichtes, ulzerierend und destruierend, Pautrier u. Lévy 1059.
— erythematoides benignes, Graham Little 1636.
Epitheliom s. Basalzellen.
— s. Dermatose.
— s. Haut.
— s. Lupus.
— s. Ulcus rodens.
— Zylinderzellen, s. Tumoren.
Epithelioma adenoides cysticum, s. a. Trichoepitheliom, Mulzer 1604.
— basosebaceum, Perin 1819.
„Epithélioma papillaire nu" (Darier) s. Erythroplasie.
Epithelioma papillomatosum nach Röntgenbehandlung, Justus 1540.
Epitheliome durch Radium geheilt, Ersettig 1751.
Epitheltumoren, zirkumanale, Rosenthal 1541.
Erosio blastomycetica ad angulos oris, Vajda 1541.
Erotisches Moment in Kunst und Dichtung, Jung 1579.
*Erysipel, Behandlung mit Streptoyatren, Bleyer 1800.
— intrakutane Vakzinebehandlung, Mironesco 1156.
— rezidivierendes, Mc Cormac 1636.
— spezifische Behandlung, Goresco u. Popesco 1156.
— Vereisung des, v. d. Hütten 1156.
Erysipeloid, Autohämotherapie, Richter 1764.
— Behandlung, Nowakowski 1156.
— — Sonntag 1156.
— generalisiertes beim Menschen, Sieben 1156.
— s. Schweinerotlauf.
Erythem der Beine bei Frauen, mit sklerodermieähnlicher Induration, Weber 1448.
— — Unterschenkel und Chlorose, durch die Kleidermode bedingt, Weber 1729.
— gichtiges, an der Dorsalfläche der Finger, Schönstein 1542.
— in Form eines einzigen Plaques mit zentrifugaler Ausbreitung, seit 3 Jahren jährlich rezidivierend, Hudels u. Lejard 1693.
— zentral abblassend, peripher weiterschreitend, Delbanco 1571.
Erythemgruppe bei Hautkrankheiten, Engmann u. Weiss 1852.
Erythema chronicum migrans, Bruhns 1443.
— circinatum, persistierendes, Barber 1637.
— induratum Bazin, Nicolas, Gaté u. Ravault 1084.
— — Pautrier 1249.
— — (Whitfieldt-Typus?), Roxburgh 1636.
— — mit papulonekrotischen Tuberkuliden, Sukmann 1241.

Digitized by Google

Erythema migrans, Brun 1018.
— — chronicum, Lipschütz 1053.
— nodosum, Brelet 1133.
— — -ähnliches gutartig verlaufendes Pyämid, Biberstein u. Fischer 1576.
— — Lymphozytose des Liquor bei, Jausion, Diot u. Vourexakis 1549.
— — und multiforme; Febris nodosa, Lendon 1729.
— solare, Sensibilisierung für, Rosenthal 1685.
Erythematös-pigmentierte atrophische Läsion, alveolär und makulös, Louste, Thibaut u. Cailliau 1547.
Erytheme, schuppende und nichtschuppende, Kyrle 1132.
Erythroderm s. Ichthyosiformes.
Erythrodermia desquamativa, Behandlung und Klassifizierung, Kaufmann 1763.
— exfoliativa, dann generalisierte Psoriasiseruption im Gefolge einer Psoriasisbehandlung mit Azetylarsan, Pautrier 1059.
— ichthyosiformis (Brocq), Edel 1783.
— — congenita (Brocq) bzw. Keratosis rubra congenita (Rille), Gollmer 1614.
Erythrodermie congénitale ichthyosiforme cum Hyperepidermotrophie, Winkler 1279.
— s. Lymphadenom.
— pityriasiforme Brocq en plaques disséminées, Kissmeyer 1850.
— und Purpura, Majocchi 1753.
Erythroödem, polyneuritisches, Foerster 1090.
Erythromelalgie s. Nervenvereisung.
— und Vagotonie, Horiuchi 1060.
Erythro- und Keratodermia variabilis bei Mutter und Tochter, Mendes da Costa 1615.
Erythroplasie an den Genitalien von schankerartigem Aussehen mit Epitheliom, Louste, Caillaud u. Marassi 1641.
Exanthem, toxisches, bei einem Neugeborenen post partum, Kaufmann 1763.
Exanthematische Krankheiten, Ätiologie, Sindoni 1789.

Färben s. Kernfarbstoff.
Farbstoffiransport, vitaler, während der Zahnentwicklung, Blotevogel 1860.
Färbung der Mikroorganismen mit der Methode Fontana-Krantz, Fontana 1752.
— mit basischen Anilinfarbstoffen, Metachromasie des Glykogens bei, Wutscherenko 1877.
Färbungsmethoden s Fixierung.
Favus, Grund 1606.
— Behandlung mit Sambol, Horst 1222.
— bei Mutter und Kind, Finsen 1544.
— des Augenlides, Greenbaum 1222.
Favus generalisierter, Louste u. Le Clerc 1641.
— in den ersten Lebenstagen, Bosellini 1222.
Fettfärbung, vitale mittels kolloidaler Nigrosinlösung. Verhalten des Karotins gegen subkutanes Fettgewebe bei Aurantiasis cutis, Miyake 1215.
Fibrolysinintoxikation, Peter 1700.
Fibrome am Halse, multiple, subkutane, peripiläre, Burnier u. Rejsek 1642.
Fibrosarkom der Haut, knollentreibendes, Hoffmann 1219.
Fingerkuppen, Eigentümliches Krankheitsbild an der Haut der, Flamm 1542.
Fixierungs- und Färbungsmethoden, Vergleichung, Kosaka u. Bito 1876.
Fluor albus s. Zervizitis.
— biologische Behandlung, Hausdorff 1832.
— Pathogenese des, Rösch 1578.
Folliculitis capitis fulminans, Smith 1154.
— und Perifolliculitis abscedens et suffodiens, Friboes 1785.
Fox-Fordycesche Krankheit, Bruck 1605.
— — — Delbanco 1196, 1571.
— — — Finsen 1545, 1784.
— — — Lutz 1279.
Framboesie, Salvarsan bei, Thieme 1157.
Fremdkörper in der Haut, Finsen 1545.
Furunkel, konservative Behandlung, Canon 1764.
— Kupierung des, Schüle 1154.
— und Karbunkel, Behandlung, Hans 1154.
Furunkulose, Kenedy 1154.
— im Säuglingsalter, Behandlung, Kochmann 1764.
— Insulintherapie, Störmer 1154.

Gangrän am Penis, Neosalvarsan, Jersild 1545.
— an den Hinterfüßen von Kaninchen nach Schädigung des Nervus ischiadicus, Frei 1132.
— senile s. Nervenvereisung.
Gasbrand nach subkutaner Injektion von Medikamenten, Heuss 1157.
Gefäßsensibilität, Physiologie der peripherischen Bahnen, Schilf u. Stahl 1862.
Geflügel- und Säugetierpocken, Loewenthal 1259.
Gefriertisch, neuer, ten Berge 1064.
Gelo-Vakzine bei Pyodermien, Jausion u. Diot 1694.
Genitalien s. Erythroplasie.
— s. Geschwüre.
— Infektion der weiblichen mit dem Vincentschen Bazillus, McCormac 1857.
Genitalorgane, Wachstum der, Guggisberg 1557.
Gerstenausschlag, Thompson, A.G.G. 1121.

Digitized by Google

Geruchsempfindungen und Geschlechtserregung, Podolsky 1120.
Geschlechtliche Interessen der Schulkinder, Weißenberg 1579.
Geschlechtserregung s. Geruchsempfindung.
Geschlechtserregungen, Beziehungen des Tanzes zu den. Podolsky 1760.
*Geschlechtskranke Kinder, Fürsorge für, Levin 1145
Geschlechtskrankheiten, Bekämpfung bei den Bauern, Okun 1873.
— bei Kindern, Langer 1616.
— Bekämpfung in Dänemark, Friedel u. Haustein 1617.
— — — den Sowjetstaaten, Bagotzky 1756.
— Bericht über die Reise zum allrussischen Kongreß in Charkow zur Bekämpfung der, Pinkus 1686.
— — — wissenschaftliche Arbeiten über, Keyes 1616.
— s. Gesundheitsdienst.
— persönliche Prophylaxe und Abortivbehandlung, Finger 1858.
— Prophylaxe im Orient, Léjine 1581.
— s. Prostitution.
— Reichsbewahrungsgesetz 1581.
— 4 Jahre Statistik in Nürnberg, Voigt 1858.
Geschlechtskunde, Hirschfeld 1061.
— auf Grund 30jähr. Forschung, Hirschfeld 1550.
Geschwulst, Plattenepithel nach Impfung mit Bakterienstamm P. M., Blumenthal u. Auler 1769.
Geschwulstforschung, Ergebnisse der experimentellen, Kraus 1219, 1768.
Geschwülste, bösartige, Klinik, Zweifel u. Payr 1726.
— der Tonsillen, gutartige, Silbiger 1769.
— Hauterscheinungen bei bösartigen — innerer Organe, Rothmann 1574.
— interessante aus der Chirurgischen Poliklinik Leipzig, Sonntag 1195.
— s. Röntgenstrahlen.
— s. Tumoren.
Geschwüre, akute, an weiblichen Genitalien, Crosti 1752.
— — nicht venerische (Ulcus vulvae acutum), Buquicchio 1752.
Gesellschaft im Himmel, Highman 1690.
Gesundheitsdienst und Geschlechtskrankheiten, Harrison 1086.
Gewebszüchtung, 2 Jahre alte Reinkultur von Bindegewebszellen, Fischer u. Kiaer 1063.
— Kiaer 1063.
Gewerbeekzeme s. Berufsdermatosen.
Gicht s. Erythem.
Gitterfasern bei Hautkrankheiten, Zenin 1847.
Gitterfasern bei Syphilis, Hauttuberkulose und Lepra, Bizzozero 1753.
Gliederfüßler, Stiche und Wirkung, Martini 1571.
*— — — ihre Wirkung auf die Haut, Martini 1650.
Gliom s. Polyurie.
Glossitis chronica figurata superficialis mit kulturellem Nachweis von Nocardia lingualis, Mosia 1754.
Glykogen s. Färbung.
Gonokokken, atypische Formen, Le Soudier u. Verge 1489.
— Eiweißnährboden für Kultur, Le Soudier u. Verge 1830.
Gonokokkeninfektion auf der Kutis, Kingsburg 1490.
— Immunität bei der, Thaler 1830.
Gonokokkenvakzine, „Resantin", Schnepp 1492.
Gonorrhoe, Abscessus fistulos. scroti und Epididymitis, Nielsen 1544.
*— Abszeß im Bizeps ohne sonstige gonorrhoische Erscheinungen, Brandes 1867.
— akute, Azykal bei, Rajka 1608.
— — G. anterior, Knight, J. O. 1482.
— allgemeine Bestrahlungen über, Fahrbach 1482.
— Arthritis und Bursitis bei einem 7 Tage alten Kinde, Knauer 1490.
— — bei Kindern, Murero 1753.
— — beim Säugling, Wahlberg 1831.
— Aszendenz bei der Frau, Rotter 1831.
— atoxische Vakzine, Copelli 1753.
— augenblickliche Ansicht über Ausschläge bei, Grintschar 1849.
— Augenleiden, gonorrhoische und syphilitische, Harman 1854.
— Autohämotherapie bei, Saigràjeff 1607.
— Autojanetisierung, Semenenko 1873.
— bakteriologische Befunde bei chronischer, Wichmann u. Schlunk 1489.
— Behandlung der akuten — und ihrer Komplikationen, Sirota 1491.
— — — — — — — — Saudek 1492.
— — — chronischen — der Frau, Sachs 1494.
— — — — Urethritis anterior mit Salben, Charles 1758.
— — — männlichen, Memmesheimer 1492.
*— Behandlungsfrage der Vulvovaginitis gonorrhoica, Lewinsky 1462.
— bukkale, Carle 1875.
— Bursitis, erfolgreich mit Gono-Yatren behandelt, Memorsky 1147.
— Chemotherapie, Ishowara 1817.
— chemotherapeutische Behandlung der — und ihrer Komplikationen, McDonagh 1492.

Digitized by Google

Gonorrhoe, Konjunktivitis, Beutel 1758.
— Dauer der Infektiosität beim Manne, Hogan 1490.
— der Bindehaut s. Diphtherie.
— — Harnwege und ihre Behandlung, Fortsetzung, Egyedi 1507.
— — Prostata, Jefferson 1482.
— des Mannes, Behandlung, Balog 1511.
— — Nebenhodens, Grant 1482.
— Diagnostik der latenten, Noguès u. Durupt 1814.
— Diathermie bei, Robinson 1087.
— Diathermiebehandlung, Cumberbatch u. Robinson 1447.
— Differentialdiagnose zwischen gonorrhoischer und nichtgonorrhoischer Epididymitis, Walker 1448.
— Eiweißnährboden für Kulturen, Roublot 1454.
— Entwicklung der Silbersalztherapie bei, Cohn 1479.
— Epidemie auf Grönland, Bay-Smith 1544.
— Gelenkmetastase nach Trauma, Schubert 1546.
— generalisierte, Meningitis und Purpura gonorrhoica, Bruusgaard u. Thjötta 1116, 1615.
— G. posterior und der Samenblasen, Palmer 1482.
— Harnröhrenstrikturen, neue Therapie, Marselos 1608.
— Hautblutungen und Geschwüre bei, Dietel 1190.
— Hautreaktionen mit Gonokokkenfiltraten, Herrold 1489.
— Heilung von Hoden- und Nebenhodenentzündung mittels Diathermie, Marselos 1610.
— Hyperkeratosen, Boas 1543.
— — Hartmann 1021.
— Hyperthermie und Diathermie bei, de Nicola 1875.
— Iontotherapie der Komplikationen, Kabatschnik 1191.
— Kasuistik seltener Fälle, Ulcus molle und Ulcus pseudovenerum beim Neugeborenen und Kinde, Buschke u. Langer 1785.
— Keratodermia gonorrhoica, Sainz de Aja 1723.
— Keratosis blennorrhoica, Smith 1485.
— kombinierte Behandlung bei Frauen mit Sublimat-Olobintin, Pasch 1494.
— — — der Arthritis, Saad 1486.
— Komplementablenkung, Gnocchi 1753.
— Komplementbindungsprobe bei, Tulloch 1087.
— Komplementfixationsmethode, Bedeutung für die Diagnose, Cohn u. Gräfenberg 1489.
*Gonorrhoe, Kuhmilchinjektionen bei Zervixgonorrhoe, Hagen 1107.
— medikamentöse Behandlung und pharmakologische Grundlagen, Perutz 1727.
— Mikromethode zur Diagnostik, Sierakowski 1489.
— neue Vakzine, Negro u. Sacchi 1722.
— neuere Antigonorrhoika und Antisyphilitika, Hirsch 1514.
— neues Hilfsmittel zur Diagnose der weiblichen, Danin 1830.
— örtliche Behandlung der chronischen, gonorrhoischen Uretritiden, Zadok u. Grimberg 1491.
— pathologische Anatomie, Histologie und Pathogenese der gonorrhoischen Epididymitis, Iljinsky 1491.
— primäre Rhinitis gonorrhoica bei einem Neugeborenen, Framm 1490.
— Probleme der Behandlung der Spermatozystitis, Aronstam 1759.
— Prophylaxe, Aussichten der persönlichen, Nobl 1831.
— — und die venerologischen Ambulatorien, Saigrajen 1695.
— quellungsfähige Kolloide und Silberdepotbehandlung bei weiblicher, v. Neergaard u. Schärer 1023.
— Reargonbehandlung, Gaviatti 1753.
— — Hecht 1514.
— — Italo 1753
— — Mühlhoff 1190.
— — Schischow 1695.
— — und Blasensteinbildung, Wiener 1514.
— Reargonfrühbehandlung, Wagner 1514.
— Reizkörpertherapie des prolongierten Trippers, Mock 1493.
— Rektalgonorrhoe, Drüsenkomplikationen und Abszeß am Anus, Almkvist 1025.
— Silberklykoside bei (Neoreargon), Klausner u. Wichowski 1832.
— Spermakultur und Autovakzination, Valvèrde 1756.
*— Stomatitis gonorrhoica, Klepper 1440.
— s. Syphilis, neuere Präparate.
— Tamponade der Urethra bei chronischer, Waschkewitsch 1873.
— Targesin, Erfahrungen mit, Vogel 1514.
— — bei, besonders bei Posterior- und Zervikalgonorrhoe, Schlenzka 1513.
— Targesinbehandlung, besonders Rektalgonorrhoe, Schapiro 1831.
— Transargin, neues, wirksames Mittel, Rosenthal 1685.
*— Urethritis gonorrhoica polyposa bei der Frau, Frühwald 1377.
— s. Urologie.
— Vagnitis gonorrhoica bei älteren Frauen, Nielsen 1544.
— Vakzinebehandlung, Eyre 1853.

Digitized by Google

Gonorrhoe, Vakzinebehandlung, Heymann 1607.
— — Panton 1447.
— — Renshaw 1447.
— — Thomson 1853, 1854.
— — der weiblichen, Schwab 1831.
— — in der Gynäkologie, Bucura 1494.
— — — — — Hofstätter 1493.
— Vakzine mit Urotropin, Sainz de Ajas 1788.
— weibliche; Heilbarkeit, Sternberg 1872.
— Wirkung von Aolan, Kaseosan und anderer unspezifischer Reizkörper (Eigenblut, Typhusvakzine) bei Blennorrhoe, Pillat 1493.
— — — Vakzinen, Pelliccioni 1026.
— Zervixdiathermie bei weiblicher, Neuendorff 1480.
— zur internen Behandlung der männlichen Harnröhren, Perutz 1492.
— Zyansilbercholat bei, v. Zumbusch 1494.
— und Hypochondrie, Benon 1875.
Gramfärbung s. Bakterien.
Granulom der Sehnenscheiden (atypisches Granuloma annulare?), Spiethoff 1476.
— unbestimmter Natur s. subkutane Knötchen.
Granuloma annulare, Lutz 1279.
— — McCormac 1853.
— — Mendes da Costa 1783.
— — Rosentul 1695.
— fungoides der Haut und inneren Organe; Übertragung auf Meerschweinchen, Brünauer 1695.
— inguinale und Syphilis, McRae 1454.
— — Fraser 1453.
*— subinguinale, über ein eigenartiges, Rille 1647.
Granulome s. Sarkoid.
Granulosis rubra nasi, Kleeberg 1446.

Haar s. Dysplasia pilorum.
— feinerer Bau der Kutikula; Schlußwort zur Diskussion mit Friboes, Schmidt 1423.
— Knotenbildung am, Bang 1544.
— kongenitale Anomalie, Freund 1753.
Haarausfall, traumatischer, Rasch 1545.
Haare, Ausfall und Wiederwachsen nach Radioepilation, Murero 1753.
Haarpigment, Regeneration, Barfurth 1770.
Haarstudien, besonders Hypertrichose, Danforth 1245, 1450, 1612, 1691, 1853.
Haarwuchs, eigenartiger, Buschke 1444.
— und innere Sekretion, Schereschewsky 1221.
Haarzunge, schwarze, Bruck 1605.
— zwei Fälle von schwarzer, Lehner 1507.
Hafer-Kochsalzdiät s. Entzündung.
Hämangiom des linken Unterlids, Langer 1685.
Hämangiome, multiple, Lutz 1279.
Hämaturie s. Harnblase.
Harnableitung, Mechanismus der, Lion 1608.
Harnantiseptika, reizlose, Oppenheimer 1148.
Harnblase, angeborenes Hindernis an der urethralen Öffnung, Ehrich 1833.
— Behandlung der großen Papillome, Mock u. Doré 1834.
— Bilharziaerkrankung, Stühmer 1022.
— Divertikel, Day u. Martin 1551.
— — Gayet u. Cibert 1815.
— Eiweißstein in der, Siedner 1511.
— Elektrokoagulation von Geschwülsten, Kolischer 1757.
— Ersatz einer Schrumpf- durch Transposition des S romanum, Straßmann 1610.
— extraperitoneale Ruptur, Stirling 1120.
— Fremdkörper in der, Hawkins 1758.
— — und multiple Divertikel, Sklarz 1511.
— Gangrän, Carson 1551.
— lumbale Form der Krisen, Parturieux 1551.
— mediane Schrankenbildung, Lazarus 1834.
— Papillom, Schwangerschaft komplizierend, Sexton-Marshfield 1120.
— Prolaps des Ureters ins Harnblaseninnere, Mercier 1814.
— Regeneration nach Exstirpation infolge Blasengeschwulst, Ravasini 1610.
— röntgenologischer Nachweis eines Tumors, Bortini 1149.
— Stauung s. Nierenfunktion.
— Steinbildung s. Gonorrhoe.
— Steine um Fremdkörper, McMartin 1518.
— Stenose des Halses, Chetwood 1759.
— Therapie der sogenannten Fettsteine, Rosenmeyer 1511.
— unsichtbare Steine auf dem Röntgenogramm, Martin 1722.
— Varizen der, Matusovszk 1149.
— variköse Venen in der — als Ursache einer Hämaturie, Pugh 1834.
— s. Zystitis.
Harnblasenschleimhaut s. Harnröhre.
Harnblasentumoren, Fuchs 1834.
Harn-Genitaltraktus, Anatomie der Endteile des, Strull 1482.
— — Physiolgie der unteren Abschnitte des, Eddleman 1482.
Harnkanal, Duplikatur, Fronstein u. Saigraew 1191.
Harnleiter, Physiologie und Pathologie, Blum 1148.
Harnröhre, Duplikatur, Fronstein u. Saigràjeff 1516.

Digitized by Google

*Harnröhre s. Endoskop.
— impermeable Strikturen; Resektion; zum Artikel von Jungano, Bazy 1814.
— irrtümliche Einspritzung von Natronlauge in die, Davis 1516.
— Röntgenographie der männlichen, Frumkin 1516.
— Striktur infolge Verätzung mit Giftgas, Bellanger 1723.
— unpassierbare Strikturen in der Dammgegend, Jungano 1722.
Harnröhrendivertikel, angeborenes, Beseitigung des Harnröhrendefektes, Adler 1609.
Harnröhrenmastdarmfistel, Behandlung, Stutzin 1609.
Harnröhrenmißbildung und perineale Phlegmonen, Brack 1832.
Harnröhrenstrikturen, Fisteln und falsche Wege, Otto 1516.
Harnröhren- und Blasenschleimhaut, Resorptionsfähigkeit, Schönfeld u. Müller 1517.
— — — — Schwarz 1833.
Harnsäure, entzündungshemmende Eigenschaft, Levy 1514.
— intravenöse Injektion bei Ratten, Schamberg 1151.
Harnsedimente, diagnostische und prognostische Bedeutung, Posner 1062.
Harnverhaltung bei Harnröhrenverengerungen, Komplikationen, Goldberg 1608.
Haut, Antikörperbildung in der, Fernbach u. Hässler 1877.
— kongenital abnorme, Veyrières u. Guibert 1645.
— Durchströmung der, Guillaume 1860.
— giftbindende Tätigkeit der, Dujardin u. Decamps 1818.
— Histobiologie der — und ihrer Erkrankungen, Vorlesungen, Kyrle 1821.
— Histologie der tierischen — vor und während der ledertechnischen Behandlung, Küntzel 1512.
— s. Insulin.
— s. Lebensvorgänge.
— Neutralsalzreaktionen an der, Bommer 1860.
— Statistik, Prophylaxe, Therapie der Schädigungen der, Oppenheim 1701.
— s. Strahlende Energie.
*— Überempfindlichkeit, Lehner u. Rajka 1732, 1777.
— Verhornungsprozeß unter normalen und pathologischen Verhältnissen, Martinotti 1877.
Hautatrophie, eigenartige, Königstein 1242.
— s. Pemphigus.
Hautdrüsen bei Säugetieren und Myxine, Schaffer 1860.
Hautdrüsen mit Lipoidsekretion bei Nagern, Walter 1029.
Hautempfindlichkeit gegen Sonnenlicht, Peptoninjektionen, Castle 1449.
Hautepitheliom, planes, oberflächliches, Maccari 1751.
Hautentzündungen, diathetische, Samberger 1068.
Hauterkrankungen nach Gemütsbewegungen, Hazen u. Whitmore 1692.
Hauterscheinungen bei bösartigen Geschwülsten innerer Organe, Rothmann 1574.
Hautgranulome s. Sarkoid.
Hautkapillaren, Verhalten im röntgenbestrahlten Gebiete, Siedamgrotzky 1124.
— — — — — Bemerkung zur Arbeit von Siedamgrotzki, Müller 1704.
Hautkrankheiten, Frühwald 1027.
— Abhängigkeit von Störungen der endokrinen Drüsen, Wassilowa u. Jordan 1193.
— Behandlung mit Calcium chloratum, Sirota 1090.
— — — Pankreasdispert, Katz 1090.
— — — X-Strahlen, Menschtschikow 1848.
— bei Störungen der Ovarienfunktion, Szegö 1765.
— biochemische Untersuchungen; zur Arbeit Stümpke und Soika, Pulay 1070.
— — — von, Schlußwort, Stümpke u. Soika 1070.
— s. Brombehandlung.
— s. Dermatologie.
— s. endokrine Störungen.
— endokrine und sympathische Veränderungen bei einigen, Bertaccini 1088.
— Erblichkeit bei, Tobias 1617.
— fraktionierte Methode der Magenuntersuchung bei, Brown 1485.
— Histopathologie, Friboes 1251.
— 10 Jahre Radiumbehandlung bei, Möbius 1705.
— klinische Bedeutung einiger, Eichenlaub 1611.
— Lehrbuch, Knowles 1428.
— nach Engländern benannt, Goodmann 1148.
— Röntgenbehandlung; Vergleichsstudie über Ekzembehandlung der Hände mit $^1/_4$ und $^1/_8$ Hauteinheit, Brown 1611.
— Systematisierung, Kogoj 1509.
— Verfahren zur Behandlung gewisser, Vörner 1480.
— und Syphilis in den englischen Kolonien Nordamerikas, Lane 1610.
Hautläsionen, seltene, durch chemische Substanzen, Sackenreiter 1249.
Hautleiden, die meist mit Syphilis verwechselten, Semon 1087.
*Hautleishmaniose, Agronik 1665.

Digitized by Google

Hautleishmaniose, Endemien in Rußland, Andronik 1191.
Hautmyome, del Vivo 1752.
— Kasuistik, Asal 1196.
Hautpigment, Melanoblasten und Pyrrholinursprung, Mariani 1753.
Hautreaktion, urtikarielle auf Sonnenlicht, Frei 1574.
Hautreaktivität und Ovarialfunktion, Heilig u. Hoff 1765.
Hauttransplantate, Regeneration sensibler Nervenendigungen in, Kadanoff 1861.
Hautüberpflanzung s. Verbrennung.
— Wiederherstellung der Kopfhaut durch, Hohmann 1130.
Hautveränderungen der Atmungsorgane, Jessner 1488.
Haut und Blutbahn s. Reizleitung.
Haut- und Schleimhauterkrankungen bei Grippe, Schuhmacher 1090.
Haut und subkutanes Gewebe s. Pannikulitis.
Hefepilze s. Dermatomykosen.
Heftpflaster, Empfindlichkeit gegen, Brown 1691.
Hemiatrophia des Gesichts und der linken Körperhälfte verbunden mit idiopathischen Veränderungen der Haut, Nemlicher u. Rappoport 1197.
— facialis von Rombergschem Typus, Mc Leod 1636.
Hemispora stellata s. Onychomykose.
Hemisporose, Martinotti 1752.
*Herba herniariae s. Bruchkraut.
Hermaphroditismus, wird die Produktion von Ovarial- oder Hodenhormonen durch latenten, glandulären — verhindert? Lipschütz, Lange u. Svikul 1515.
Herpes beim Affen, Teissier, Gastinel u. Reilly 1149.
— bei Meningokokkenmeningitis, György 1730.
— febrilis s. Herpes zoster.
— gestationis, Blasi 1088.
— labialis, Heilung durch Schwefelwasser von Challes, Hollande 1149.
*— miliaris confluens necroticans, psychogene Dermatose bei Hysterie, Hollenberg 1351.
— simplex, Immunität, Infektiosität des Blutes und Liquors, Filtrierbarkeit des Virus, Greenbaum u. Harkins 1611.
— — und Zoster, neuere Forschungen, Doerr 1133.
— — -Virus, Nachweis in der Zosterblase, Luger u. Lauda 1134.
— zoster s. Achromie.
— — Ätiologie; Mikroskopie der Impfreaktion und des generalisierten Bläschenexanthems nach Impfung mit Zoster, Lipschütz 1576.
Herpes zoster auf dem geimpften Hautbezirk, Chatellier 1549.
— — Beziehungen zum Herpes febrilis, Lipschütz 1149.
— der Syphilitischen, Artom 1820.
— — Exkreszenzen am Thorax als Ausgang nach Zoster, Rossi 1755.
— — experimentelle Übertragung und Beziehungen zu Varizellen, Kundratitz 1133.
— — generalisierter, und seine gangränösen Varietäten mit Bemerkungen über Toxikodermien durch Zyanamid, Laurentier 1116.
— — s. Poliomyelitis anterior.
— — s. Ulcus induratum.
— — und febrilis, Luger u. Lauda 1761.
— — — — zur Arbeit von Luger und Lauda, Lipschütz 1761.
— — und Varizellen. Ätiologie, Lipschütz u. Kundratitz 1761.
— — — — bei demselben Kranken, Rousseaux 1134.
— — — — gleichzeitiges Auftreten, Evans 1134.
— — — — Ritchi 1134.
Herpesenzephalitis, zum Aufsatz von György, Steiner 1760.
Herpeserkrankungen des Auges, Zeemann 1149.
Herpesvirus, kutane Infektion des Meerschweinchens mit, Rose 1730.
Heuschnupfen s. Pollinosen.
— s. Kutisreaktion.
Hidrodenoma tubulare s. Schweißdrüsengeschwulst.
Hoden, akute, primäre Entzündungen bei Kindern, Mouchet 1553.
— dritter, Holder 1833.
Hodengangrän, Buschke 1554.
Hodengeschwülste s. Seminome.
Hodenhormone s. Hermaphroditismus.
Hodenteratome, Behandlung mit Radium und Röntgenstrahlen, Dean 1554.
Hodentumoren, Epididymitis vortäuschend, Dellinger 1554.
Hoden, Überleben des — der Säugetiere in vitro, Lundy 1553.
Höhensonne bei Lichen-ruber-Formen, Pemphigusarten, Mycosis fungoides usw., Scherber 1129.
— örtlich beschränkte Reizbestrahlung mit, Schoop 1130.
— — — — — Liebermeister 1129.
— und Quarzlampe „Wiusol", vergleichende Messungen, Schultz 1728.
*Homöopathie, der Erfinder der, Kromayer 1870.
— Wie sollen wir uns zu der — stellen? Bier 1699.
Hormone s. Spermol und Hyperfeminisation.

Digitized by Google

Hornbildung auf der Haut bei 10jährigem Mädchen, Rasch 1545.
Humagsolan, zum Artikel von Mattoni, Lichtenstein 1770.
Hydrozelen, Jeanneney 1554.
*Hyperämie, kongestive und Stauung, Einfluß der — auf die Quaddelbildung, Török und Rajka 1031.
Hyperfeminisation, Problem der, Lipschütz u. Tiitso 1515.
Hyperhidrosis, neues Mittel gegen, Feld 1090.
— und Zahnabnutzung als Folge von Parotisabszeß, Vaughan 1769.
Hyperkeratose, konfluierende und generalisierte, nach Salvarsan, May 1085.
— symmetrische, ichthyotische, Ramazotti 1755.
Hypertrichose, Fuß 1017.
— s. Haar.
*Hypertrichosisbehandlung, Saalfeld 1565.
*Hypertrichosis congenita hereditaria, Unna 1167.
Hysterie. Pathomimie, multiple Exkoriationen und Ulzerationen, Rauh 1543.
— s. Pathomimie.

Ichtoxylbehandlung, Neumann 1639.
Ichthyose oder verruköser Nävus des Brustwarzenhofes? Urbach 1153.
Ichthyosiformes Erythroderm, kongenitales, Weiss u. Robias 1691.
Ichthyosis congenita (Sauriasis), Eliassow 1020.
— — s. Salvarsan.
Ikterus s. Salvarsan.
Idiosynkrasie s. Anaphylaxie.
Impetigo herpetiformis bei nichtgraviden Frauen und bei Männern, Bruhns 1424.
Immunisierung. aktive, unterernährter Tiere, Bieling 1878.
Impetigo herpetiformis, Heilung mit Nabelschnurserum, Dogali 1762.
Impotenz, Altshuler 1481.
— der jungen Männer, Ätiologie, Pathologie, Behandlung, Wallace 1580.
Indol s. Karzinom.
Induratio penis plastica, Lilienstein 1604.
— — — s. Syphilis congenita.
Infektionskrankheiten, Behandlung der akuten — im Kindesalter, Meyer 1256.
— Chemotherapie der, Schloßberger 1875.
Inguinaldrüsenentzündung, nichtvenerische, s. Nicolas-Durandsche Krankheit.
Injektion s. Blutentnahme.
— intravenöse, Technik, Benedek 1701.
— — — Kirchbach 1701.
— — — Ortmann 1701.
— — und Kunstgriffe, Wunderlich 1092.
*Insektenstiche s. Gliederfüßler.
Insensible Perspiration, Loewy 1620.
Insulin, über die Wirkung des, Ambard u. Schmid 1059.
— s. Psoriasis.
— s. Ulcus cruris.
— und Haut, Beziehungen zwischen, Ahlenstiel 1621.
Intertrigo s. Ekzem.
Intrakutane Reaktions. Abwehrvorrichtungen.
Ionengehalt der lebenden Organe, Vitalfärbung mit Neutralrot als Indikator, Carnot, Glénard u. Gruzewska 1618.
Iontophorese, Wirz 1090.
Iontophoretische Dermoreaktion, Sellei u. Fengö 1506.

Janovskysche Ära in der Dermatologie, Samberger 1508.
Jod, über das kolloidale, Lafay 1640.
Jodismus, akuter, de Aja 1510.
Jubiläum, 25jähr., der dän. derm. Gesellschaft, Rasch 1544.
Juckstillende Mittel, Winkler 1090.
Juxtaartikuläre Knotenbildungen bei einer Europäerin, Noël 1212.
— Knötchen, Gutierrez 1691.
— Knötchenbildungen? Langer 1684.

Kadmium, Pharmakologie und Therapie, Kochmann u. Grouven 1090.
Kalk s. Blutkalkstudien.
Kankroid s. Syphilid.
Kapillaren, Physiologie der, Heimberger 1876.
— Struktur und Kontraktilität, Volterra 1862.
Kapillaroskopie, Bernucci 1753.
Kapillaruntersuchungen beim Menschen, Heimberger 1862.
Kapillarwände s. Entzündung.
Karbunkel und Anthrax, Behandlung, Hryntschak 1155.
Karzinom, Ätiologie, Polya 1198.
— Antiserum, Wirkung auf Krebszellen im Reagenzglas, Lumsden 1218.
— s. Basalzellenkrebs.
— Behandlung der Hautkrebse mit der Methode von Ghilarducci, Porcelli 1751.
— bei Lupus erythematodes, Dicke 1546.
— der Blase, Behandlung, Joseph 1518.
— — — durch Radium geheilt, Barringer 1517.
— — — Beschleunigung des Wachstums durch Tiefenbestrahlung, Martin 1722.
— — Brust s. Brustdrüse.
— — — Empfindlichkeit auf Radiumbestrahlung bei mangelhafter Sensibilität gegen Röntgenstrahlen, Dautwitz 1218.
— — — postoperative Präventivröntgentherapie, Béclère 1218.

Digitized by Google

Karzinom der Harnröhre, Christen 1722.
— — Haut, Engmann 1216.
— — — ekzemähnliche Formen des flachen, Löwenfeld 1614.
— — — Röntgenbehandlung, Hazen u. Whitmore 1217.
— — — und Radium, Lassueur 1277.
— — Klitoris s. Kraurosis vulvae.
— — Mamma mit Sklerodermie, Sattler 1768.
— — — ungewöhnlich frühzeitige Metastase in einer Achsellymphdrüse, Butka 1768.
— — Prostata, pseudozystisches, Blanc 1816.
— — Samenblase, Lyons-Denver 1856.
— — Zunge, ätiologische Rolle der Lues, Schleicher 1198.
— doppelseitiges, der Brust mit langdauernder Reizung, Mac Graw u. Schrankel 1217.
— s. Elektrischer Strom.
— Experimentalkrebs der Haut, Bizzozero 1751.
— s. Lupus.
— nach Röntgenbehandlung des Lupus erythematodes, Lomholt 1544.
— s. Nävus.
— s. Plattenepithel.
— Propagation mutmaßlicher Krebskeime, Abramowski 1768.
— s. Röntgen.
— serodiagnostische Reaktionen, Waterman 1197.
— Reizung und Infektion, Young 1199.
— s. Syphilis.
— s. Teer.
— s. Tumoren.
— und Karzinomheilung, Opitz 1216.
— und Lues, Post 1784.
Karzinoma sebaceum, Gortz 1217.
Karzinome der Haut, Hedinger 1278.
— — — mit Radium geheilt, Wallon 1640.
Karzinomerzeugung mittels Indol, Fischl 1614.
Karzinomstudien, II., Erdmann 1218.
Karzinomzelle, Stoffwechsel, Warburg 1197.
Keratodermia s. Erythrodermia.
— maculosa disseminata palmaris, Schürch 1278.
Keratodermie, multilokuläre, essentielle, Spiethoff 1477.
Keratoma dissipat. palmare et plantare hereditarium, Delbanco 1571.
— hereditarium palmare et plantare, Martin 1020.
— palmare et plantare, Spiethoff 1476.
— oder Keratoderma punctiforme oder miliare und diffuse Keratodermie der Palmae und Plantae mit miliaren Keratomen, Balzer 1213.
Keratose der Haut und Schleimhäute, familiäre, kombiniert mit Blasenbildung und schwerer Schleimhautdegeneration, Miescher 1613.
Keratosis subra congenita (Rille) s. Erythrodermia ichthyosiformis congenita (Brocq), Gollmer 1614.
Kerion Celsi bei einem Knaben, Ledermann 1684.
Kernfarbstoff, Gallozyanin, Färben und Versilbern von Gelatineschnitten, Krauspe 1877.
Kiemenfistel am Hals, Buonier u. Rejsek 1642.
Kitzel, Über den, v. Frey 1062.
Kleidermode s. Erythem.
Kohlensäureschneebehandlung, Vignat 1758.
Kolibakteriurie bei jungen Mädchen, Behandlung, Voelcker 1557.
Kolibazillen s. Orchitis.
Kolimetrischer Nachweis von Zelloxydase, Gräff 1617.
Kopfhaut s. Hautüberpflanzung.
Kopf- und Kleiderlaus, neue Unterschiede, Freund 1252.
Koryza, krampfhafte, s. Kutireaktion.
Kosmetische Operation s. Autoplastik.
Kraurosis vulvae und Karzinom der Klitorisgegend, nach 14 Jahren Sclerodermia guttata, Breda 1752.
Kurpfuschertum s. vernachlässigte Syphilis.
Kutane Impfung s. Abwehrvorrichtungen.
Kutireaktion bei Asthma, krampfhafter Koryza, Heuschnupfen, Migräne und Ekzem, Vallery u. Blamoutier 1133.
Kutis und Epidermis, der Austausch zwischen, Pautrier u. Lévy 1251.

Laus s. Kopf.
Lebensvorgänge in der Haut der Menschen und Tiere, Unna u. Schumacher 1697.
Leibesübungen als Heilmittel in Krankenhäusern, Hammer 1617.
Leiomyom der Haut, Ormsby 1245.
Leishmaniaherd in Palästina, Dostrowsky 1157.
Leishmaniavakzine — Leishmaniinreaktion, Jessner u. Amster 1765.
Leishmaniose, amerikanische, Finsen 1545.
*— s. Haut.
— der Haut, Truffi 1754.
Leistendrüsenentzündung, nichteitrige, venerische; Nicolaus-Durandsche Krankheit, Chevallier u. Barreau 1248.
*Lentigines s. Pigmentmäler.
Lepra, Guillén 1723.
— McCormac 1853.

Digitized by Google

Lepra, autochthone mutilierende, Hudelo u. Kourilsky 1057.
— bakteriologische Diagnose, Rosental u. Kruglak 1791.
— Bazillen in den Lymphdrüsen, Takenaka 1061.
— Chaulmoograöl subcutan, Keppler 1791.
*— Chemie des Erregers, Paldock 1431.
— Cholesterinämie bei, Balbi 1752.
— Eigenschaften des Serums bei geimpften Kaninchen, Banciu 1260.
— Eparsenotherapie, Delamare 1260.
— s. Gitterfasern.
— Impfungen mit Lepramaterial vom Menschen, Mariani 1752.
— Knochenläsionen bei L. anaesthetica, Tarchini 1752.
— Kolonie in Krutije Rutschji, Makorow 1695.
*— Komplementverbrauch bei Kohlensäureschneebehandlung der tuberösen, Paldrock 1456.
— lepröses Reagin Tieren injiziert, Banciu 1792.
*— Leukozytensturz bei, Paldrock 998.
— mixta, Louws 1783.
— Prophylaxe und Behandlung, Robineau 1260.
— Thymolbehandlung, Rosental u. Prichodschenko 1191.
*— über die von Muchow und Levy angegebene Reaktion, Heinemann 1455.
— Übertragung in Großbritannien, McLeod 1260.
— Untersuchungen über, Galli-Vallerio 1260.
— Verbreitung und Bekämpfung in Rußland, Rajewski 1147.
*Lepriden, Klinik der —; Lichen leprosus, Tschernogubow u. Pawlow 1771.
Leproserie „Spina longa" bei Kreta, Seyfarth 1791.
Leucaemia cutis lymphatica, Pellicioni 1016.
Leukämie aleukämische mit zahlreichen Hautgeschwüren, Drake 1874.
— chronische, myeloische mit Hauterscheinungen, Steinbrinck, Stukowski, Kuznitzky 1192.
— Myeloblastenleukämie mit geschwulstartigen Wucherungen besonders der Haut, Herxheimer 1158.
Leukämischer Priapismus, Moure u. Seibovici 1054.
Leukoderm s. Dermatitis.
Leucoderma acquisitum centrifugum, Poór 1766.
Leukoderma, nichtspezifisches, echt oder unecht? Jordan 1194.
Leucoderma psoriaticum, Schmitt 1021.
— solare, Feldmann 1872.
*Leucocceratosis glandis penis verrucosa et simplex, Benedek 1135, 1178.
— — — — Benedek 1474.
Leukoplakie s. Cornu cutaneum.
— der Zunge, Grund 1606.
Leukozyten s. neutrophile Granulationen.
Leukozytensturz s. Allergie.
— nach intrakutaner Injektion bei Dermatosen, Dietel 1427.
Lichen albus, Ramel 1278.
— corneus, hyperkeratotischer, mit Erythrodermie, Lichen planus und buccalis, Malherbe 1116.
— des Unterarms in lineärer Anordnung, Watrin 1250.
— nitidus, Barber 1636.
— — generalisierter, Barber 1637.
— — Jeanselme u. Burnier 1547.
— obtusus? Adamson 1637.
— Lichen hypertrophicus und Lichen planus, Montpellier 1248.
— plano-pilaris s. Pseudo-Pelade.
— planus, Kantor 1275.
— — Spitzer 1276.
— — an Mund und Lippen, Semon 1635.
— — Behandlung, Toomey 1481.
— — Volk 1053.
— — bei einem 10 Monate alten Kind, Nander 1544.
— — et verrucosus, Bernstein 1019.
— — in Riesenringen, Milian 1057.
— — s. Lichen spinulosus.
— — Röntgenbestrahlung des Sympathikus (Dorsal- und Sakrolumbalgegend), Gouin 1549.
— — zirzinärer am Penis, Nander 1544.
— ruber acuminatus, Schmitt 1021.
— — — ausgedehnte Schleimhautveränderungen, Koshewnikow 1847.
— — — Verhältnis zur Pityriasis rubra pilaris, Schmitt 1613.
— scrofulosorum, Rusch 1242, 1276.
— — Selbstheilung, Sainz de Aja 1724.
— — stark juckend und Lichen planus vortäuschend, Pautrier 1688.
— spinulosus, Hofmann 1020.
— — et lichen planus, Jeanselme u. Burnier 1640.
— und Röntgenbehandlung, Montpellier u. Zeraffa 1248.
Lichénification géante, Jeanselme u. Burnier 1547.
Lichenifikation, gleichzeitig riesenhafte und knötchenförmige, Payenneville u. Castagnol 1250.
— s. Reizleitung.
Lichenifikationen, über außergewöhnliche, Pautrier 1116.
Lichenoider Ausschlag nach Vijochin, Nander 1544.

Digitized by Google

Lichtbehandlung, künstliche, praktische Erfahrungen, Sequeira u. O'Donovan 1706.
Lichtquellen s. Bestrahlungstherapie.
Lichtschützende Wirkung des Tannins, Meyer u. Amster 1703.
Lichttherapie, neuere Probleme auf dem Gebiete der, Rothmann 1129.
— respiratorischer Gasmesser als Gradmesser der, Landeker u. Schulz 1727.
Lichtwirkung und Blutkalk, Seicher 1129.
Lipom der großen Labie, ausgehend vom Imlachschen Fettkörper, Ulrich 1196.
— der Schädelhaut, Cutler 1196.
— und Trauma, Probst 1196.
Lipoma multiplex und sarkomatöse Infiltration am Unterschenkel, Rosenthal 1540.
Lipomatose und Hypercholesterinämie, Bonnefous u. Valdignié 1085.
Lippenexantheme, ungewöhnliche, Nobl 1220.
Livedo racemosa, Baer 1018.
— — Semon 1637.
— reticularis pigmentosa, Freund 1275.
Lupoid, Boecksches, disseminiertes, Hudelo u. Rabut 1057.
*Lupus acneiformis, Hahn 1199.
— erythematodes, Ätiologie des, v. Zumbusch 1575.
— — akuter, primärer, Pernet 1485.
— — s. Alopecia areata.
*— — Diagnose und Behandlung, Fabry 1707.
— — s. Karzinom.
— — klinische Studie, Throne 1690.
— — kombiniert mit Atrophia cutis maculosa und Acrodermatitis atrophicans, Bloch 1278.
— — Krysolganbehandlung, Galewsky 1477.
— — oder Boecksches Sarkoid? Naegeli 1278.
— — s. Raynaudsche Krankheit.
— — Rolle der Tuberkulose bei, Ramel 1279.
— — tödlicher Fall von — mit Sektionsbefund, Gibson 1485.
— — zwei Fälle mit Krysolgan geheilt, Ullmann 1243.
— — und Alopecia areata, Hamag 1197.
— follicularis, Volk 1242.
Lupuskarzinom, Pohlmann 1021.
— Roederer u. Lévy 1249.
— — — Metzger 1059.
— Rusch 1241.
Lupus miliaris disseminatus mit positivem Tuberkelbazillenbefund, Wada 1056.
— pernio, Bloch 1278.
— — Mc Cormac u. Cockayne 1636.
— — lymphogranulomatöser Typus Schaumann, Louste, Caillaud u. Le Clerc 1641.
Lupus pernio s. Sarkoid.
— vulgaris des Säuglings, Chatellier 1215.
— — hämatogener, Patzschke 1571.
— — im Gesicht, Therapie, Müller 1015.
— — in Litauen, Finkelstein 1792.
— — Kochsalzbreibehandlung, Tachau 1571.
— — Pyotropinbehandlung, Axmann 1261.
— — — Callenberg 1261.
*— — — Muchow 1863.
— — Röntgenkarzinom, Justus 1540.
— — serpiginosus mit Lichen scrophulosorum atrophicans (Ehrmann), Müller 1015.
— — ambulante Therapie, Wirz 1261.
— — und chirurgische Tuberkulose, Kohlenbogenlicht bei, Reyn 1261.
— — und Epitheliom, Loewenfeld 1275.
— — — — Simultanauftreten, Nobl 1241.
— — Lupus erythematodes und Pyodermie, Untersuchung anscheinend gesunder Haut bei, Chappelli 1753.
„L.-V.-R.", Kreibich 1070.
Lymphadenom des Penis, Milian, Périn und Solente 1115.
— mit Erythrodermie, Macleod 1873.
Lymphadenosis cutis circumscripta, Arndt 1686.
— miliaris faciei, Arndt 1686.
Lymphangiektasien, perineo-skrotale nach Elefantiasis, Léry u. Layani 1642.
Lymphe, Rolle in der Pathologie der Hautkrankheiten, Šamberger 1059.
Lymphogranuloma venereum, Tommasi 1752.
Lymphogranulomatose, Papegaay 1784.
— ? s. Diagnose.
— inguinale subaiguë, Tschirky 1829.
— mit Durchbruch der Haut, Arzt 1244.
— Sternberg 1261.
— besonderes Krankheitsbild, Kuhlmann 1192.
— Schaumannsche, Hudelo, Montlaur u. Leforestier 1057.
— ulzeröse Formen, Arzt u. Randak 1025.
— und perniziöse Anämie, Halir 1158, 1192.
Lymphomata s. unter Syphilis.

Malaria s. Nagelveränderungen.
Masern, Ätiologie, Donges 1255.
— lokale Zirkulationsstörungen nach, Händel 1728.
— und Tuberkulose. Immunitätsverhältnisse, Erythrozytensedimentierung, Wachter 1255.
— — verwandte Infektionskrankheiten, Ätiologie, Menzer 1255.
Mastitis chronica cystica s. Brustdrüse.
Maul- und Klauenseuche, Rolle der Fliegen bei, Lebailly 1220.

Digitized by Google

Melanin s. Dopareaktion.
— s. Hautpigment.
Melanoblasten s. Achromie.
— s. Hautpigment.
Melanoderma und Leucoderma syphiliticum. L. s. e papulis mucosis, Almquist 1615.
Melanodermie, Bruck 1605.
— s. Sternum.
Melanokarzinom der Haut, Ajello 1088.
Melanosarkom des Penis, Okayasu 1056.
Melanose, Buschke 1444.
Melanotisches Pigment, Brahn 1194.
Meningokokkenmeningitis s. Herpes.
Mesenchym, Aktivierung des, v. Gaza 1066.
— pathologische Physiologie und Stoffwechselleistung des — bei Infektionen, Oeller 1067.
Mesothorium s. Radium.
Metallwirkung, Wesen der oligodynamischen, antibakteriellen, Buschke, Jacobsohn u. Klopstock 1700.
Migräne s. Kutireaktionen.
Mikroorganismen, Aktivierung von pathogenen — durch Körperextrakte, Weichardt 1064.
*Mikrosporiasis, Oppenheimsche Tartarusbehandlung, von Berde 1263.
Mikrosporie bei Erwachsenen, Pernet 1692.
— — — und Kind (Bald Ringwoorm), Rasch 1545.
— der Kopfhaut durch M. lanosum, Mibelli 1754.
— des Kopfes bei Erwachsenen, Fox u. Fowlkes 1245.
— Diagnose und Therapie, Gottschalk 1788.
— in Wien, Arzt u. Fuhs 1788.
— Kerion microsporicum, Arzt u. Fuhs 1572.
Microsporon felineum, Übertragung auf den Menschen, Thibierge, Legrain, Leblois 1692.
Mikrosporon s. Trichophyton.
Milbenerkrankungen bei Dattelpackerinnen, Oppenheim u. Taglicht 1222.
Milchdrüsen, Phylogenesis, Sokolowski 1120.
Milienbildung, gruppierte, Naegeli 1278.
Milz und Eosinophilie, Mayr u. Moncorps 1645.
Milzbrandimmunität und -schutzimpfung Ströszner 1155.
Milzbrandinfektion, experimentelle, Sobernheim u. Murata 1155.
— seltener Weg, Bundt u. Barth 1155.
Milzbrand, Reinokulation, Heilung durch Serum, Bodin 1549.
Mongolenfleck, blauer, Perrier 1195.
Monilethrix, Toyama u. Ohno 1817.
Mycosis fungoides, Arndt 1686.
— — Arzt 1277.
Mycosis fungoides, Bloch 1278.
— — Haxthausen 1543.
— — Pozzo 1753.
— — Spiethoff 1476.
— — Unna 1570, 1604.
— — Voigt 1017.
— — d'emblée, Martin 1019.
— — eine Abart des Lymphosarkoms, Fraser 1244.
— — 15 Jahre dauernd, McCormac 1636.
— — im infiltrativen Stadium, Arzt 1244.
Myome s. Haut.
Myxoedema tuberosum s. Diagnose.

Naevi anaemici und vasculosi, Knossew 1242.
— Auffassung als gutartige Neubildungen, Gougerot 1818.
— Bindegewebs-, Sachs 1195.
*— s. Pigmentmäler.
Nävokarzinom, neuzeitliche Behandlung, Nadal 1217.
Nävusätiologie, „keimplasmatische Theorie". Schlußwort zu Leven, Siemens 1427.
Nävusätiologie und Korrelationszahlen: Zur Arbeit Siemens: Erbanlagen und Muttermäler, Leven 1427.
Nävus ausgedehnter Tierfell-, Remenovsky 1275.
— außergewöhnlich großer Pigment-, Quigley 1196.
Naevus cartilagineus, Ohno 1056.
— elasticus (Lewandowsky), Gutmann 1015.
— flammeus, Radiumbehandlung, Novák 1639.
— follicularis cysticus? Fuhs 1017.
Nävus, geweblicher Aufbau des weichen, Stoeckenius 1195.
— s. Ichthyose.
Naevus multiplex Pringle, Fuhs 1424.
Nävus, pigmentöser Riesen-, schnell wachsender, Delbanco 1571.
Naevus pigmentosus, Wertheim 1276.
Nagel, Radikalbehandlung des eingewachsenen, Lefebvre 1220.
— unblutige Behandlung des eingewachsenen, Mickel 1220.
Nägelveränderungen bei Malaria, Mollow 1221.
— s. Pemphigus.
Narbenkeloide, Spitzer 1276.
Narben nach Morphiuminjektionen, Wertheim 1276.
Nasenrücken s. Ulkus.
Nebenhoden, Lagerungsanomalien, Benjaminowitsch 1873.
— und Nebennieren, Cholesteringehalt, Parhon u. Marza 1515.
Nervenvereisung bei Amputationsneuromen, Angiospasmen, Erythromelalgie, seniler Gangrän und Ulcus cruris, Läwen 1131.

Digitized by Google

Neutrophile Granulationen, Physiologie der, Alexeieff 1861.
Nickelkrätze s. Anaphylaxiestudien.
Nicolas-Durandsche Krankheit s. Leistendrüsenentzündung.
— — — nichteitrige Form; nichtvenerische Inguinaldrüsenentzündung, Favre 1692.
— Favresche Krankheit s. chromatophile Körperchen, Bory 1248.
Niere, Klassifikation der Retentionsgeschwülste, Laqueur 1610.
— Pyelitis s. Urologie.
— Uropyonephrose und Lithiasis einer ektopischen Becken-, Jean 1055.
— vereiterte Zyste, Patel u. Mallet 1723.
Nieren, perinephritische Abszesse bei Kindern, Pugh 1758.
— Phenolsulfophtaleinprobe für die funktionelle Prüfung, Lévy u. Negro 1722.
— renale Erkältung, Armbruster 1511.
Nieren- und Harnleitersteine, Stolz 1120.
Nierenbecken, Anatomie und Physiologie, Haebler 1607.
— doppeltes und doppelter Ureter, Haslinger 1608.
Nierenchirurgie, Vorteile des transversalen Schnittes nach Bazy, Abadie 1722.
Nierenfunktion bei Blasenstauung, speziell bei Prostatahypertrophie, Salomon 1556.
— Einfluß der Skopolamin-Morphiumnarkose auf die, Barnes 1759.
— kolorimetrische Untersuchungen, Cassuto 1608.
Nierenkrankheiten, chirurgische Behandlung interner, Strauß 1609.
Nierenschmerzen, reflektorische, Steinberg 1758.
Nierentuberkulose und Schwangerschaft, Werboff 1609.
Nitritoide Krisen bei Sympathikotomie, Artom 1755.
Nocardia lingualis s. Glossitis chronica.
„Nodosités juxtaarticulaires" Jeanselme, Takasaki 1060.
Noma vulvae, Werther 1473.
Nuklealreaktion, Voss 1064.

Ochrodermatitis s. Xanthodermie.
Oedema Quincke mit ungewöhnlichen Begleiterscheinungen, Schorer 1130.
Oidiomykose der Haut mit letalem Ausgange infolge Darminfektion, Mucci 1754.
Olyptol, ein neues Terpentinölpräparat, Karo 1610.
Omissio literaris, Schlußbemerkung von Blum, Rothschild 1608.
Onanieäquivalent, psychogener Tic als, Reich 1581.
Onychatrophie, familiäre, Monacelli 1755.
Onychodystrophie s. unter Syphilis.
Onycholysis partialis, Balban 1242.
— — Wolf 1052.
Onychomykose durch Hemispora stellata, Falchi 1754.
— — Pityrosporum ovale, Baron, Magrou u. Valtis 1221.
Onychomykosen, seltene, Bresciani 1820.
Orchitis und Epididymitis durch kohlbazilläre Infektion, Grón u. Thjótta 1615.
Ovarialfunktion s. Hautreaktivität.
Ovarialhormone s. Hermaphroditismus.
Ovarin s. Spermol.
Ovariumimplantation s. Hyperfeminisation.
Oxydase s. Kolorimetrischer Nachweis.

Pagetsche Krankheit, Arzt 1054.
— — Delbanco 1571.
— — Lilienstein 1604.
— — Betrachtungen über, Masson 1058.
— — s. Dyskeratose.
— — von der Mamma ausgehend, Hickel 1059.
„Palau-Tamushi", über den Namen, Takasaki 1060.
Pannikulitis, nichteitrige, knotige, und Phagozytose der subkutanen Fettzellen durch Makrophagen, Weber 1724.
Papillen an der Corona glandis, vergleichende Anatomie und Ethnologie, Buschke u. Gumpert 1617.
Papillome, intraurethrale, Bernadet 1055.
Paraffinom, Maydl 1816.
Paraffinome, Beitrag zur Frage der, Prokoptschuk 1449.
*Paraphimose, Behandlung, Kirchheim 1009.
Parapsoriasis, Haxthausen 1545.
— en plaques vom Typ der Xantho-Erythrodermia perstans, Lortat-Jacob, Pernet u. Haye 1547.
— guttata, Westphalen 1606.
Parasympathikus, Einfluß einiger auf den — wirkenden Mittel auf die Bildung der Antikörper, Litarczek 1878.
Parapocken, eine spezifische Infektionskrankheit (Alastrim), Garrow 1258.
Pathomimie; Ätzungen an Armen, Gesicht, Brust, Rasch 1544.
Pediculi pulis s. Quecksilbergiftung.
Pemphigoid verlaufende Affektion, Boucher 1641.
Pemphigus, Schmidt 1021.
— der Mundschleimhaut, Saalfeld 1686.
— Erfahrungen mit der Davisbehandlung, Wende 1611.
— frühzeitige Diagnose, Poppel 1847.
*— histopathologische Veränderungen am Zentralnervensystem, Schreiner 1559.
— mit Leukoplakie der Mundschleimhaut, Nagelveränderungen und Hautatrophie, Oppenheim 1053.

Digitized by Google

*Pemphigus s. Stärketeerbäder.
*— Veränderungen im Nervensystem, Buschke u. Ollendorf 1591.
— und Dermatitis herpetiformis, Befund der Spinalflüssigkeit; Behandlung des Pemphigus vegetans, Strickler u. Brown 1690.
— foliaceus, Fuhs 1276.
— neonatorum, Epidemiologie, Mellon u. Caldwell 1763.
— serpiginosus Kaposi; bullöse Pyodermie oder Dermatitis herpetiformis, Unna jr. 1604.
— subaigu à bulles extensives, Pautrier 1249.
— vegetans, Heyn 1447.
— — Werther 1474.
— — nach Salvarsan in kurzer Zeit ausgeheilt, Weitgasser 1784.
— — strahlentherapeutische Beeinflußbarkeit, Fuhs 1026.
— — s. Pemphigus.
*— vulgaris chronicus (bei Schwangerschaft und kongenital), Werther 1334.
Periarteriitis nodosa, Dohi u. Watanabe 1215.
*Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens, Stangenberg 1209.
Perineale Phlegmone a. Harnröhre.
Phagedänische Geschwüre s. Ulcus molle.
Phagozytose und Phagozyten, Lubarsch 1861.
Phimosis und Balanitis, Porosz 1516.
*Phlebitis s. Thrombose.
Phlegmonöse Entzündungen, Rivanol bei, Alexander 1156.
Phlogetan, nitroide Reaktion nach, St. Apetauer u. Laubovid 1092, 1509.
— Erfahrungen mit, Königstein 1092.
Piedra, die — Argentiniens, Ariaz 1820.
Pigment s. Melanin.
Pigmentation, merkwürdige, Goeckermann 1194.
Pigmentierung nach Röntgenbehandlung, Davis 1635.
Pigmentmäler, Lentigines und Epheliden bei Mischung verschiedener Rassetypen, Siemens 1563.
Pigmentverteilung, eigenartige bei Blutstauung des Unterschenkels, Mendes da Costa 1783.
Pityriasis lichenoides, Fuhs 1276.
— — Rusch 1275.
— — akut verlaufende, nekrotisierende Unterart, Habermann 1787.
— — chronica in atypischer Form; hämorrhagische Variante, Spiethoff 1476.
— — — kombinierte Licht-Arsentherapie, Ehrmann 1785.
— rosea des Gesichts, Kleeberg 1446.
— —, Epidemie, Chevallier 1642.
Pityriasis rosea, ungewöhnliche, Montgomery u. Culver 1692.
— rubra, Graham Little 1637.
— — pilaris, Langer 1685.
— — — Schmitt 1021.
— — — bei einem Tuberkulösen, Milian u. Rimé 1693.
— — — hereditäre und familiäre, Jeanselme u. Burniers 1640.
— — — s. Lichen ruber acuminatus.
Pityrosporum ovale s. Onychomykose.
Plastik s. Autoplastik.
Plattenepithel s. Geschwulst.
Plattenepithelkarzinom, Arzt 1277.
Plaut-Vincentscher Bazillus s. Genitalien.
Plautsche Krankheit, Schmitt 1026.
Pneumokokkendermatosen, metastatische, Windholz 1699.
Poikilodermia atrophicans vascularis, Schmidt 1016.
— — Volk 1242.
Poikilodermie érythématoatrophiante, Milian u. Périn 1057.
— s. Erythematös-pigmentierte Läsion.
Poliomyelitis anterior, mit nachfolgendem Herpes zoster und Varizellen, Morley 1134.
Pollinosen, Pathogenese, Diagnose, Therapie, Eskuchen 1133.
Polyurie bei Gliom des Tuber cinereum, Babonneix u. Hutinel 1556.
*Polyzythämie s. Dermatose.
Ponndorf-Impfungen, Erfahrungen mit, Burchard 1283.
Ponndorfsche Kutivakzination, Buquicchio 1754.
Porokeratosis, Mibelli 1754.
*Porrigo amiantacea, Kiess 1355.
*Prämykotisches Erythem, Histologie einer erythematösen Läsion; Bromnatrium intravenös, Hodasa u. Gassin 1391.
Priapismus bei Sepsis, Delbanco 1571.
— s. Leukämie.
— protrahierter, Laemmle 1833.
Primulaausschlag, bullöser, Rasch 1545.
Prostata, chronische Entzündungen und ihre Behandlung, Darget 1856.
— Lipoide und Pigmente der, Plenge 1552.
— und ihre klinische Bedeutung, Orth 1551.
Prostatahypertrophie, Entstehung, Reischauer 1552.
— geographische Bemerkungen über, Pfister 1511.
*— operative Behandlung der sogenannten, Funfack 1299.
— s. Nierenfunktion.
— Röntgenbehandlung, Krabbel 1552.
— Therapie, v. Illgés 1552.
Prostatakarzinom s. Diathermie.
Prostatektomie, die Mortalität beeinflussende Faktoren, Hall 1757.

Digitized by Google

Prostatektomie, kombiniertes hypogastrisches und perineales Vorgehen, Delore, de Rougemont u. Creyssel 1814.
— Verminderung der Gefahr, van Amber Brown 1120.
Prostatiker, Pyurie bei, Blanc 1815.
Prostitution, Bekämpfung, Bronner 1192.
*— Grundgedanken für neues Strafgesetzbuch und Bekämpfung, Wegner 1741.
— in Moskau, Kotljar 1582.
— kindliche innerhalb der Familie, Dreyfuß, 1582.
— s. Sexualwissenschaften.
— und Geschlechtskrankheiten, Dermatologische Gesellschaft Hamburg-Altona, 1411.
Protein-Anaphylaxie, McKenna 1121.
Proteinkörpertherapie bei Hautkrankheiten, Kren 1091.
— in der Dermatologie, Golay u. Starobinsky 1214.
— — — Kinderheilkunde, Zankner 1091.
Proteinkörper und Strahlen als Transmineralisationsmittel, Kroetz 1091.
Proteine s. Hg.
Protokoll, zum, Pautrier 1248.
Prurigo, Bettmann 1150.
— Besnier, Haxthausen 1849.
— — bei Asthma bronchiale und Überempfindlichkeit gegen Proteinstoffe, Haxthausen 1545.
— Besniersche, zur Arbeit Keller: Asthma und Ekzem, Rasch 1427.
— Hebrae, Spiethoff 1476.
*— lymphatica, Rosenberg 1396.
Pruritus, Eiweißsensibilisierung bei lichenifiziertem, Wise u. Ramirez 1611.
*— s. Ekzem.
— ani s. Ekzem.
— senilis, Heilung durch Hautbürste, Williams 1150.
— vulvae, Behandlung, Arnoldi u. Warnekros 1766.
Pseudo-Hermaphroditismus, Louste u. Louet 1547.
— — masculinus internus, Vermeren 1516.
Pseudomilzbrand beim Menschen, Seifert 1155.
Pseudo-Pelade und Lichen plano-pilaris, Dowling 1636.
Psoriasis an einer Tätowierung, Haxthausen 1544.
— arsenikbehandelte, Hyperkeratosen und Epitheliome, Lomholt 1544.
— s. Arthritis.
*— arthropathica mit Akrodermatitis atrophicans, Scholl 1223.
— atypische, palmaris et plantaris, Fuhs 1054.
— Behandlung mit Natrium salicylicum, Tachau 1571.
*Psoriasis, Behandlung mit Wismutinjektionen, Michailow 1835.
— diffuse mit ausgedehnter Arthritis, Radcliffe 1152.
— durch Triphal geheilt, Ritter 1571, 1606.
— s. Erythrodermia exfoliativa.
— guttata, Wolf 1275.
— Heilung durch Atochinol, Schirmer 1152.
— kombinierte Behandlung, salizylsaures Natrium intravenös und Chrysarobinpaste, Terentjeff 1763.
— mit Schleimhauteffloreszenzen, Rusch 1241.
— Monilia als möglicher ätiologischer Faktor bei, Fleisher u. Wachowiak 1611.
— mucosae oris, Rusch 1276.
— Natrium-salicyl.-Injektionen bei, Weckesser 1546.
— Natr. salicyl. intravenös, Iwanow 1763.
— Neosalvarsan bei, Sewastjanow 1763.
— oder Gruppen von syphilitischen Knoten in der Haut, Jersild 1544.
— Parathyreoidextrakt bei, Hendrie 1152.
— pustulosa, Schmitt 1021.
— s. Schwefel.
— universelle mit geschwulstähnlichen Bildungen, Levin 1852.
— Wirkung des Insulins auf die Entwicklung der, Ravaut, Bith, Ducourtioux 1693.
— und andere Dermatosen, Behandlung nach Brock, Rosenzweig 1153.
— — Röntgenatrophie, Baer 1018.
Punktwärmehypothese, Dessauersche, Holthusen 1122.
Purpura angiosclerotica pruriginosa mit lichenoiden Elementen, Gougerot u. Blum 1247.
— annularis teleangiectodes, Dore 1449.
— — — Majocchi, Skomarowsky 1147.
— s. Erythrodermie.
— experimentelle, Wirkung der Milzexstirpation, Bedson 1131.
— haemorrhagica, Behandlung durch Milzentfernung, Sutherland u. Williamson 1131.
— strichförmige, rezidivierende, Arndt 1686.
Pyodermie, bullöse, s. Pemphigus serpiginosus.
— chronische, Tschernoguboff 1573.
— s. Ekzem.
— s. Lup. vulg.
Pyodermien s. Gelo-Vakzine.
Pyrogallolvergiftung, tödliche, Pewny 1702.

*Quaddelbildung s. Hyperämie.
Quarzlampe, Jenaer, Axmann 1130.
— „Wiusol" s. Höhensonne und Ultraviolettlicht.

Digitized by Google

Quecksilberverbindungen, Rolle der Proteine bei der Diffusion der unlöslichen, Rico 1700.
Quecksilbervergiftung, ungewöhnliche (bei Pediculi pubis), Shefferd 1703.

Radium in der Dermatologie, Levin 1128.
— — — Schugler 1128.
— s. Karzinom.
— verschiedene Empfindlichkeit der Aerobier gegen, Lacassagne u. Paulin 1128.
Radium- und Mesothoriumpräparate, Isodosen und Anwendung, Huth 1128.
Radiumbehandlung s. Hautkrankheiten.
— s. Naevus flammeus.
— Vergleich verschiedener Filter, Quimby 1706.
Radiumemanationspräparate, Herstellung und Verwendung hochkonzentrierter, Glasser 1705.
Rattenbiß s. Sodoku.
Rattenbißdermatitis, Adams 1450.
Rattenbißfieber, Monroe u. Mooser 1764.
Rattenbißkrankheit, Weiss 1256.
— Orchitis beim Kaninchen durch Inokulation von Spirochäten, Takenaka 1060.
Raynaudsche Krankheit, Schmitt 1021.
— — s. Angiome.
— Gangrän bei Neugeborenen, Barmvater 1130.
— Krankheit mit Pigmentdystrophien in Kombination mit Lupus erythematodes, Wedrow 1848.
Rezepttaschenbuch für Dermatologen, Bruck 1027.
Recklinghausensche Krankheit s. Adenoma sebaceum.
— — Uhlmann 1019.
— — Wertheim 1276.
— — Beziehungen zum endokrinen System; Klinik und Histologie, Szondi, Kenedy u. Miskolczy 1425.
— — Familie mit, Spiethoff 1477.
— — mit Naevus anaemicus, Hidaka u. Nakagawa 1481.
— — mit Pigmentbildung, Djoritch 1849.
— — und Akromegalie, Louste, Cailliau u. Darquier 1547.
Reizleitung, Unterbrechung der — zwischen Haut und Blutbahn durch Lichenifikation, Müller 1070.
*Reiztherapie s. Schwefel.
— unspezifische, Martius 1832.
Rekurrensspirochäten, Konservierung, Krantz 1064.
Resorzinvergiftung, perkutane, Haenelt 1094.
Rickettsien und ihre Beziehung zu Krankheiten, Wolbach 1621.
Ringwoorm s. Mikrosporie.
Rivanol s. Phlegmonöse Entzündungen.
Röntgenapparate, Sicherungsverfahren gegen Hochspannungsschäden, Herrmann 1128.
Röntgenbehandlung s. Epithelioma papillomatosum.
— s. Pigmentierung.
Röntgenbestrahlung, Bronzefärbung am Oberschenkel nach Bestrahlung eines Gesichtsekzems, Unna 1571.
— des Gesichts, Nachbehandlung der Folgen, Polgár 1126.
— filterlose Bestrahlung oder schwache Filterung? Schreus u. Klein 1787.
— von Entzündungen, Bauer 1704.
— — — Cramer u. Kalkbrenner 1705.
— Entwicklungshemmung der weiblichen Brustdrüse durch, Harms 1705.
— Permeabilitätsverminderung von Zellmembranen nach, Brummer 1603.
— s. Schweißdrüsen.
Röntgenbestrahlungen, Wirkung wiederholter — auf die menschliche Haut (Karzinombildung), Wolbach 1125.
Röntgendermatitis, chronisch ulzerierte, Delbanco 1571.
— Elektrokoagulation von Keratosen, Pfahler 1126.
Röntgendermatitis, Histologie der akuten. Miescher 1425.
— mit Atrophie und Gefäßerweiterung nach Ekzembestrahlung, Lomholt 1544.
Röntgendosimetrie, Anwendung der Holzknechtschen zur Messung der Oberflächendosis in der Tiefentherapie, Palagyay 1127.
— Auswahl des Einheitsmaßes, Holthusen 1127.
Röntgendosis, geeignete zeitliche Verteilung Holfelder 1123.
Röntgendosismessung, Vereinheitlichung, Weber u. Prelinger 1127.
Röntgenerkrankungen, verzögertes Auftreten nach langer Latenzzeit, Matas 1125.
Röntgenerythem, Verlauf des, Schreus 1124.
Röntgenhauttherapie, Arzt u. Fuhs 1760.
Röntgenkarzinom an der Stelle eines Lupus vulgaris, Justus 1540.
Röntgenkater, kein — mehr! Bemerkung zur Arbeit Zweifel, Schwarz 1704.
— — — — — — — Czepa 1704.
Röntgenologie und Radiumtherapie, Erinnerung an einen Pionier der — und einige neue Beobachtungen, Williams 1703.
Röntgenröhren, ein Schalter zum Schutze von, Steinberg 1128.
Röntgenschädigung mit Atrophie und Teleangiektasien, Bernstein 1019.
Röntgenschädigungen, chirurgische Behandlung, Porter 1126.

Digitized by Google

Röntgenstrahlen, Behandlung der malignen Geschwülste, Case 1123.
Röntgenstrahlendermatosen durch Beruf, Cole 1126.
Röntgenstrahlen, Einfluß auf die Haut, Fahr 1124.
— Einwirkung auf den Cholesteringehalt der Geschwülste, Roffo u. Correa 1197.
— fortgesetzte Kleindosis; biologische Begründung, Schwarz 1123.
— s. Hautkapillaren.
— histologische Befunde an der mit überreichen — behandelten Haut, Buschke u. Sklarz 1704.
— indirekte Reizwirkung 1122.
— Mechanismus der Wirkung im Gewebe, Fernau 1122.
— Physikalische Standardmaße zum Schutze gegen die Gefahren, Mutscheller 1127.
— reine Oberflächentherapie mit überreichen, Bucky 1704.
— schädigende Wirkung, Jolly u. Ferroux 1125.
— therapeutische Forschung, gegenwärtiger Stand, Holfelder 1121.
— Wirkung? de Courmelles 1121.
— — Reaktionsherabsetzung durch Adrenalin, Jolly u. Ferroux 1123.
— — sekundärer bei malignen Prozessen, Frank 1122.
— Wirkungsmechanismus, Pordes 1122.
— Zelluläre Empfindlichkeit, Ancel u. Vintemberger 1122.
Röntgenstrahlendosen, therapeutische Möglichkeiten mit geringen, Stokes 1703.
Röntgenstrahlendosis, Haarausfall bei Mäusen als Standard für, Hazen u. Milstead 1704.
Röntgenstrahlendosierung, „Vorbestrahlung", ein Fehler exakter, Gabriel 1704.
Röntgentherapie, Gleichspannungsmaschine und Siemens-Meßgerät, Chantraine u. Maruns 1128.
— Handbuch, Krause 1726.
— Verwendung der Gleichspannung durch Einbau von Kondensatoren, Gabriel 1128.
— von Dermatosen, Indikationen, Ullmann 1123.
Röntgenverbrennung, ausgedehnte, Saalfeld 1686.
Röntgentisch für Trichophytiebehandlung, Tomkinson 1221.
Röntgenulkus, Dubreuilh u. Chaussé 1211.
Röntgen- und Radiumbehandlung, Rolle des Elektrons bei der, Butts 1122.
Röntgenveränderungen, Histologie, Miescher 1278.
*Rosacea pustulosa, Demodex folliculorum in den Pusteln, Kaufmann-Wolf † 1095.
Rosazea s. Schwefel.
Saccharomyces albicans s. Dermatomykosen.
Samenwege, Chirurgie der, Picker 1608.
Sarcoma idiopathicum, Sussmann 1276.
— Kaposi, Palvarini 1755.
— multiplex haemorrhagicum idiopathicum (Kaposi), Papegaay 1784.
Sarcomatosis cutis (Spiegler), Sweitzer 1245.
Sarkoid, Winkler 1279.
— akutes, Graham Little 1636.
— Boeck, Spiethoff 1476.
— — s. Lupus erythematodes.
— — und Lupus pernio, Tschlekow 1872.
— Fall von, Dawling 1636.
— lichenifiziertes, Wright 1853.
Sarkoidähnliche Hautgranulome unbestimmter Ätiologie, Klauder 1691.
Sarkoide Darier-Roussys, die subkutanen. Bussalai 1820.
— im Gesicht mit Neigung zur Atrophie, Pautrier u. Robert 1688.
— multiple, Graham Little 1637.
Sarkom der Vulva, Netzer 1219.
— Spindelzellen- — der Haut und Abdominalregion, Spiethoff 1476.
Sarkomatöse Infiltration s. Lipoma multiplex.
Scabies, atypische, Rasch 1545.
— Geschichtliches; Paläontologie des Akarus, Pernet 1725.
— Getreidekrätze, Freund 1755.
— norvegica, Tarchini 1754.
Scabison, neues Krätzemittel, Maeda 1216.
Schambergsche Krankheit, Haxthausen 1544.
— — Rinsema 1783.
— — oder Angioma serpiginosum? Roxburgh 1636.
Schanker, phagedänischer, Lépinay 1694.
Scharlach, Ätiologie, Bürgers 1252.
— — und Pathogenese, Pollitzer 1254.
— Dicksche Reaktion bei, Okell u. Parish 1791.
— — — und Immunisation gegen, Nesbit 1253.
— s. Senkungsgeschwindigkeit.
Scharlachantitoxin, therapeutische Erfolge mit, Dick, G. F. u. G. H., 1254.
Scharlach, Eosinophilie beim, Markovitch u. Guerato vitch 1254.
Scharlachepidemie 1923/24 in Brünn, Erfolge mit Rekonvaleszentenserum, Langer 1255.
Scharlach, experimentelle Studien über die Ätiologie, Meyer 1252.
— Prüfung der Empfänglichkeit mit Dickscher Reaktion, Ker, McCartney u. McGarrity 1253.
Scharlachstreptokokken, Methode zur Erkennung, Dick, G. F. u. Dick, G. H. 1253.

Digitized by Google

Scharlach und Diphtherie, Quaddelprüfung nach intrakutaner Kochsalzinjektion, Baker 1253.
Schicksche Reaktion s. Diphtherie.
— — s. Scharlach.
*Schleiferknötchen, Hess 1103.
Schleiferknoten, Hess 1021.
Schrammsches Phänomen, diagnostische Bedeutung, Schwarz 1607.
Schröpfköpfe, moderne Erklärung der trockenen, Fried 1092.
Schulkinder, geschlechtliche Interessen der, Weißenberg 1579.
*Schwefel in der Gewebs- und Reiztherapie, Spiethoff 1077.
*— — — — — — Görl u. Voigt 1504.
— und Schwefelquellen, Wirkung, Bürgl 1700.
Schwefelinjektionen bei Acne vulgaris, Rosazea und Psoriasis vulgaris, Géber u. Bloch 1508.
Schwefeltherapie, Handovsky 1092.
— parenterale und perkutane, Nobl u. Kantor 1092.
Schweinerotlauf s. Erysipeloid.
— beim Menschen, Esau 1764.
Schweißabsonderung, insensible, Schwenkenbecher 1030.
Schweißdrüsen der menschlichen Axillarhaut, Eisenbefunde in den Epithelien, Homma 1423.
— Veränderung durch Röntgenbehandlung, Ishikawa 1480.
— zur Kenntnis der menschlichen, Pinkus 1188.
Schweißdrüsengeschwulst (Hidrodenoma tubulare), Kißmeyer 1543.
Schweißdrüsenzellen, eigentümliche Gebilde in den —, harnsaure Salze absorbierend, Melczer 1795.
Seborrhoische Krankheiten, Ätiologie, Bourret 1762.
Seminome und ihre Behandlung mit Röntgenstrahlen, Nemenow 1856.
Senfölüberempfindlichkeit, Übertragung experimentell hervorgerufener, Lehner u. Rajka 1644.
Senkungsgeschwindigkeit s. Blutkörperchen.
— der roten Blutkörperchen bei Skarlatina, Rhodin 1790.
Sensible Nervenendigungen s. Hauttransplantate.
Seruminjektionen, biologische Reaktionen nach unspezifischen — im frühesten Säuglingsalter, Epstein u. Heller 1645.
Sexualität und organische Nervenkrankheiten, Kronfeld 1581.
Sexualleben, kindliches, Falkenstein 1579.
Sexualpädagogik, Stern 1857.
Sexualprobleme im deutschen Strafgesetzentwurf 1925, Mittermaier 1858.
Sexualwissenschaft, Abderhaldensche Methode für die, Sellheim 1859.
Sexualwissenschaften, Handbuch; die Prostitution, Bloch u. Löwenstein 1549.
Sexual- und Fortpflanzungshygiene, Hintze 1855.
Sexuelle Abirrungen, forensische Bedeutung, Friedländer 1579.
— Neurasthenie, anatomisches Substrat in der hinteren Harnröhre? Heller 1510.
— Verirrungen und Erkrankungen, schulärztliche Tätigkeit, Rohleder 1857.
Sklerodaktylie, Devoto 1820.
Sklerodermia profunda, Vajda 1542.
Sklerodermie, Bruhns 1443.
— Langer 1684.
— Martin 1020.
— Patzschke 1571.
— Winkler 1279.
— s. Angiome.
— am Glied, Louste u. Lévy-Franckel 1248.
— — streifenförmige, Breit 1606.
— diffuse, Freund 1275.
— — Orlow 1848.
— s. endokrine Störungen.
— en plaques, Baer 1018.
— — — Freund 1275.
— fleckförmige, Sprinz 1446.
— im Kindesalter, Kraus 1768.
— s. Karzinom.
— s. Kraurosis vulvae.
— nach Chorea, Louste, Caillau u. Leclerc 1693.
— — Unfall, Groedel u. Hubert 1196.
— s. Sympathikus.
— zirkumskripte, Kissmeyer 1543.
*— zwei klinisch beobachtete Fälle, Sirota 1228.
Sklerödem s. Adiponekrosis.
— s. Dermatosklerose.
Skrofuloderm s. Sporotrichose.
Sodoku durch Biß an der Ohrmuschel, Gaillard 1157.
— WR beim, Blum u. Clément 1157.
Schlenabdrücke bei Neugeborenen, Montgomery 1860.
Sonnenlicht s. Hautempfindlichkeit.
— s. urtikarielle Hautreaktion.
Sonnenstrahlung s. Blut.
Spermakultur, Grünberg 1454.
Spermatozoenbildung bei Meerschweinchen, Cody 1555.
Spermazellen, Gestalt, Bewegung, Lebensdauer, Porosz 1856.
Spermol und Ovarin, Wirkung auf das isolierte Herz, Danilewsky, Prichodkowa u. Sczawinskaja 1515.
Spezifisch-unspezifische Behandlung s. Dermatologie.
Spiegler-Fendtsches Sarkoid s. Sarkomatosis.

Digitized by Google

Spieglersche Tumoren, Arndt 1686.
*Sporotrichose, Grütz 1660. 1709.
— und Tuberkulose; sporotrichotisches Skrofuloderm und papulonekrotische Sporotrichosen, Gougerot u. Jausion 1057.
Staphylokokkenpustel, ikonographische Studien, Sabouraud 1850.
*Stärketeerbäder beim Pemphigus, Leszczýnski 1081.
Steinach-Operation, Grundsätzliches zur, Schinz u. Stotopolsky 1555.
Sterilität des Mannes, Walker 1854.
— — — operative Versuche, Hagner 1555.
Stiche der Gliederfüßler und ihre Wirkung, Martini 1571.
Strahlen s. Proteinkörper.
Strahlende Energie, Haut und autonomes Nervensystem, Bucky u. Müller 1618.
Strahlenimmunität, Hörnicke 1129.
Strahlentherapie, Lehrbuch, Meyer 1451, 1699.
— s. Licht und Ultraviolettlicht.
Streptobazillus, Gesunde Personen Träger des? Sealhof 1829.
— neue Untersuchungen über, Hababou-Sala 1250.
Streptokokken, Hämolyse der, Rother 1621.
Streptokokkeninfektionen, Behandlung, Eytel 1764.
Streptothrixinfektion, Semon 1635.
Striae distensae, Urbach 1242.
Stromentnahme aus Taschen- und anderen Batterien zu medizinischen Zwecken, Mörig 1701.
Subkutane Knötchen als Fall zur Diagnose; histologisch: Granulom unbestimmter Natur, Oliver 1637.
Sublimatvergiftung, Transmineralisation bei, Straub u. Gollwitzer-Meier 1703.
Suprajodan, über, Cramer 1092.
Suprareninbehandlung, neue Indikationen für, Holländer 1152.
Sykosis coccogenes, Stümpke 1150.
— intrakutane Vakzinetherapie, Meyer 1640.
— lupoides Brocq, Lutz 1279.
Sympathektomie, Schmidt 1132.
— Zum Artikel von Hahn, Lehmann 1132.
Sympathikotomie, nitritoide Krisen bei, Artom 1755.
Sympathikusdurchschneidung, Einfluß auf örtliche Infektionen, Liek 1646.
Sympathikus, Erfolge der Eingriffe am — bei Sklerodermie, Leriche, Wolf u. Fontaine 1689.
Syringome, Gutmann 1014.
Syringozystadenom, Balban 1242.

Syphilis.

1. Allgemeines.

Aktive Syphilis mit positiver WR 50 Jahre nach der Infektion, Boas 1543.
Anämie, perniziöse und Syphilis, Chatellier 1849.
Ansteckung unter der Geburt, Bonnet 1283.
— während der Inkubationsperiode des Schankers, Milian 1819.
Auftreten, erstes in Europa, Koch 1021.
Blutveränderung, Entstehung der syphilitischen, Sachs 1010.
— — — — Sachs, Klopstock, Weil 1315.
Blutzellen, weiße, Kernveränderungen bei Lues, Antoni 1824.
Dermatitis, livide und gangränöse im Anschluß an intramuskuläre Injektionen, Nicolau 1486.
Dermatosen, banale bei Lues, in ätiologischem Zusammenhang mit der Lues stehend, Meschtscherski 1846.
Diabetes insipidus s. Muskeln.
— — und Lues, Seligsohn 1311.
Dorfsyphilis, Bekämpfung, Bronner 1191, 1616.
— Zunahme, Elian 1192.
Drainage des Lumbalsackes bei der Behandlung der Syphilis, Allen 1481.
Erworbene Syphilis ohne Schanker, Ledo 1724.
*Frühmittelalterliche Syphilis, Geschichte der, Hildebrand 1843.
Gitterfasern s. dort.
Glykämie bei Syphilitikern, Crosti 1089, 1755.
Hämorrhagische Diathesen und aplastische Anämie bei Luesbehandlung, Citron u. Hirschfeld 1826.
Heilung der Syphilis, Tommasi 1754.
Herpes zoster der Syphilitischen, Artom 1820.
Ikterus in der noch seronegativen Phase, Sarateanu u. Blumental 1756.
Immunitätserscheinungen bei spirochätogenen Erkrankungen, Egyedi 1507.
Intravenöse Injektion, Technik, Askanazy 1324.
Klinische und serologische Abweichungen der Syphilis, Sparacio 1486.
Provokationsverfahren bei latenter Syphilis, Mras 1315.
Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei Syphilis, Farber u. Schulmann 1873.
— im Blute der Syphilitischen, Tedeschi 1754.
Spätsymptome, Ursache der, Procházka 1816.
Syphilis ignorata, Kowalski 1283.

Digitized by Google

Syphilis im Lichte neuer experimentell-biologischer und immun-therapeutischer Untersuchungen, Bergel 1487.
— kritisches Referat, Burke 1448.
— ohne Erscheinungen mit positiver WR ansteckend? Bizard u. Jolivet 1548.
— vom sozialen Standpunkt, Pedersen 1119.
— und Karzinom, Post 1784.
— — — Sachs 1284.
— Trauma und Resistenz, Langer 1445.
— und Trauma, Tommasi 1755.
— — Tuberkulose, Wechselwirkungen, Scherber 1793.
Syphilisbehandlung, ist unsere — falsch oder richtig? Pick 1759.
— Statistik; tertiäre Syphilis der Berliner Prostituierten, Cheng-Honan 1577.
Syphilisdiagnose des praktischen Arztes, Tachau 1793.
*Syphilisforschung, Ergebnisse der, Schumacher 1040.
Syphilitische Erkrankungen bei Glasbläsern, Jacoby 1793.
Tuberkulose, Luesbehandlung bei, Deist 1826.
*Ursprung, amerikanischer, Vorberg 1113.
Verborgene Syphilis der Frau; Nachweis der Keimträgerinnen, Bory 1248.
Verlauf der Syphilis während der Hungerjahre, Pirlik 1283.
Vernachlässigte Syphilis in Verbindung mit Kurpfuschertum, Sielberg 1696.
Vorkommen der Syphilis in England, Betrachtungen über das, White 1448.
Wirkung der antisyphilitischen Behandlung s. Sigmareaktion.
— — — — s. Xanthomatose.
Zunahme der Häufigkeit in Nancy, Spillmann 1251.
Zungenkrebs und Lues s. Karzinom.
Zwischenfälle, Behandlung von — bei der Luestherapie, Sutton 1638.

2. Ätiologie der Syphilis.

Dualismus des Luesvirus und Ursachen der geographischen Orientierung, Lacapère 1818.
Spirochaeta pallida, Bedeutung der Entdeckung, Hoffmann 1010.
*— — — — Schnellfärbung mit Spirsil, Zollschan 1865.
*— — Chromolyse der, Mühlpfordt 1531.
— — Kulturuntersuchungen, Weiss u. Wilkes 1313.
— — neurotrope Varietät, Tschlenow 1847.
— — Srossungsvorgänge der — des Primäraffekts, Meirowsky 1572.
— — über Gewöhnung an Wismut, Giemsa 1386.
Spirochaeta pallida, 20. Jahrestag der Entdeckung, Hoffmann 1793.
Spirochäten des Primäraffektes, Meirowsky 1313.
— Windungshöhe. Messung, Delamare u. Achituov 1313.
Syphilitisches Virus, Pluralität des, Simon 1849, 1851.

3. Experimentelle Syphilis.

Autolysin bei Kaninchensyphilis, Takenaka 1246.
Enzephalitis, spontane, beim Kaninchen, Pette 1314.
— — — — Schuster 1314.
Experimentelle Syphilis, augenblicklicher Stand, Finkelstein 1695.
— Syphilisforschung, Ergebnisse, Frühwald 1119, 1425.
Impfenzephalitis der Kaninchen, Plaut, Mulzer u. Neubürger 1314.
Jodkalium, therapeutische Wirkung bei experimenteller Kaninchensyphilis, Pearce 1689.
Kaninchensyphilis, experimentelle; der Präputialschanker, Adachi u. Abe 1060.
— — Krösl 1084.
— — Grätz 1313.
— serologischer Nachweis experimenteller, Reiter 1315.
Mercurosal bei experimenteller Kaninchensyphilis, Gruhzit 1245.
Reinokulation bei Kaninchen, experimentelle, Adachi 1246, 1481.
Stovarsol, Wirkung bei experimenteller Kaninchensyphilis und Trypanosomeninfektionen, Collier u. Evers 1546.
Sulpharsphenamin, Lokalisation und Schicksal in den Eingeweiden; Eindringen in das Zentralnervensystem nach intravenöser Applikation bei Ratten, Fordyce, Rosen, Myers 1482.

4. Serologie der Syphilis, Liquor.

Antigene, Intensitätsgrad und Eigenschaften, Kogan 1316.
— ungewöhnliches Abweichen in den Ergebnissen mit einfachen und cholesterinisierten — bei der Komplementfixation, Gilbert u. Langworthy 1638.
Aurolumbal s. Goldsol.
Benzocholextrakte, Serodiagnostik mittels, Sachs u. Klopstock 1319.
Benzoereaktion, kolloidale, 500 Serumuntersuchungen mit, Starobinsky 1875.
Brucksche, Kahnsche und Meinickesche Reaktion bei der Syphilis, Wershikowski 1695.
Cholesterin, Verwendbarkeit zu serologischen Zwecken, Klopstock 1825.

Digitized by Google

Desmoulièresche Reaktion, Gougerot u. Peyre 1245.
*Doldsche Reaktion s. MTR.
DM-Extrakt, WR, SGR und MTR, Hohn u. Wolf 1317.
— — — — — — Meinicke 1825.
Flockungsreaktion zur Diagnose der zerebrospinalen Syphilis, Khan 1638.
Flockungsreaktionen und WR, Schubert 1316.
Goldsol, fabrikmäßig hergestelltes (Aurolumbal) bei Liquoruntersuchungen), Krüskemper 1320.
Goldsollösung, Standardmethode in der Zubereitung, Breuer 1638.
Hämolysinreaktion bei der Früh- und Spätsyphilis des Zentralnervensystems, Memmesheimer 1824.
— des Liquor bei Nervenlues, Memmesheimer 1612.
Harzkolloidreaktionen im Liquor cerebrospinalis, Marchionini 1825.
Hechtsche Reaktion, Technik, Hecht 1821.
Inaktivitätstemperatur beim serologischen Luesnachweis, Schuler u. Urech 1316.
Kahnsche Reaktion, Boas 1023, 1318.
— — Keim u. Kahn 1319.
— — Redfield 1639.
Kolloidbenzoereaktion, Starobinsky 1320.
Kolloidreaktionen in den Körperflüssigkeiten, Rehm 1320.
Kolmersche Reaktion, Wirkung verschiedener Methoden und Zeiten der ersten Aufbewahrung auf den Ausfall, Kilduffe u. Thompson 1484.
— — Vergleich mit anderen Methoden, Kilduffe 1639.
Komplement-Fixationsuntersuchungen, Ergebnisse von 1638, Gilbert u. Moore 1484.
Liquor, Bedeutung der Veränderungen des — in den verschiedenen Perioden der Syphilis, Efron u. Grshebin 1871.
— Kontrolle des — und Behandlung der Syphilis, Bernard u. Ruelle 1755.
— Technik der Untersuchung, Rubinstein 1056.
— Untersuchung, Rosenberg 1758.
Liquorbefunde bei behandelter Syphilis, Mietling 1023.
*Liquorforschung, Entwicklung und Probleme, Kafka 1567.
Liquoruntersuchungen bei syphilitischen Kindern, v. Gutfeld u. Meyer 1315.
— Wert der verschiedenen Methoden der, Grshebin u. Minsker 1872.
Luetinreaktion, Unspezifität, Smith u. Gill 1638.
Lumbalpunktion, Bedeutung der — Merkblatt; moderne Syphilistherapie und Mesurol, Hoffmann 1189.
MTR, Schükri 1318.
— Kuppenablesung, Alexander u. Emmel 1318.
— Mikroreaktion, Meinicke 1318.
— neue Anwendung, Untersteiner 1317.
*— und Doldsche Reaktion, Erfahrungen über, Kruspe 1436.
Neue Wege für die Serodiagnose, Bruck 1119.
Novokain-Formalinreaktion Costas und Verhalten zur WR, Stefanini 1089.
Pharmagans, trockenes Komplement, Pokorná 1509.
Reagine im Liquor, prognostischer Wert der Thermostabilität und -labilität der, Artom 1754.
Schnellmethode nach Sachs, Klopstock u. Ohashi, Dieper 1320.
Serodiagnostik nach Sachs, Klopstock u. Ohashi; Mikromethode, Levy 1825.
Serologische Blutuntersuchungen in tropischen Ländern, Heinemann 1315.
Seroreaktionen, Spezifität; besonders Sachs-Georgi, Takenaka 1246.
Sigma-Reaktion, Smiley 1852.
— — erste Beobachtungen bei der, Venturi 1754.
— — und Wirkung der antisyphilitischen Behandlung, Jones 1319.
Subokzipitalpunktion, Technik, Fried 1321.
— — Becht 1321.
Trockenkomplement Pharmagan, Stern 1321.
— Brauchbarkeit, Schmitz 1321.
— Poehlmann 1321.
Vernessche Ausflockungsreaktion, Baylis, Sheplar u. Mc Neal 1692.
Wichtigkeit der positiven Schwankung bei der Serodiagnose der primären Syphilis, Ahlswede 1484.
WR bei Prostituierten, Klemm 1914.
— bei 4- und 15stündiger Einstellung im Eisschrank, Kline, Applebaum u. Lundagen 1639.
— Beobachtung an 1650 Fällen ohne Rücksicht auf die Anamnese, Epplen 1639.
— Blutserum von graviden Frauen, Belding 1484.
— Einfluß von Rasse und Nationalität auf das Ergebnis, Belding u. Hunter 1484.
— einheitliche Bestimmung über die Ausführung in Rußland, Finkelstein u. Togunow 1873.
— experimentelle Beiträge, Horowitz 1316.
— Gefahr, WR als einziges Kriterium der Heilung der Syphilis zu betrachten, Jeanselme 1548.
— s. Jodalkalien.
— Konservierung von Hammelblut durch Normosal, Hohn 1320.

Digitized by Google

WR, lokale, Bragin 1449.
— Mechanismus der, Mariotti 1754.
— mit cholesterinisiertem Extrakt, Philippsen 1544.
— — Trockenkomplement (Pharmagans), Kuznitzky 1825.
— — unspezifischen Antigenen, Hinkelman 1484.
— neue Aktivmethode, Griesbach 1319.
— Reversibilität, Antwort auf Arbeit von Wassermann über Spaltbarkeit des Antigenserumaggregates, Stern u. Praus-nitz 1316.
*— SGR, MTR, Sternsche Modifikation; vergleichende Untersuchungen, Panofsky 1623.
— Spirochaete-pallida-Antigene bei, Hinkleman 1484.
— Standardisierung, Tarassewitsch 1148.
— — in Westeuropa und Rußland, Finkelstein 1191.
— Wert der, Nicolas und Gaté 1246.
— — — Rubinstein 1056.
— Wirkung des Sulfarsphenamins auf die, Belding 1611.
— — — Wismut bei salvarsanresistenten Kranken, Belding 1852.
— und Flockungstrübungsreaktionen, Vergleich, Pais 1245.
— und Vernes-R, Vergleich, Gonin 1317.

5. Primäre Syphilis am Genitale; Reinfectio syphilitica.

Primäraffekt der Harnröhre, Jamain 1875.
— — — Ledo 1510.
— — — Strominger 1723.
Primäre Syphilis, Diagnose durch Kultur, Harrison 1483.
Primäraffektbehandlung, Vorteile einer, Vörner 1480.
Reinduratio nach Salvarsanbehandlung eines WR-negativen Primäraffektes, Langer 1444.
Reinfectio syphilitica, Wolpian 1848.
Reinfektion, Naumann 1872.
*— und Superinfektion in Beziehung zur Heilung der Syphilis, Levin 1306.
Schankerformen, atypische, Tschebotarewa 1285.
Superinfektion, Haxthausen 1544.
— experimentelle, bei Sekundärluetikern, Capelli 1755.

6. Syphilis der Haut und der Schleimhäute.

Atypische tertiäre Lues, Heyn 1447.
Dermatitis exfoliativa universalis bei Lues II und Ichthyosis congenita nach Salvarsan, Tartakowski 1191.
Erythem, tertiär-syphilitisches, Danel 1058.
Erythema multiforme syphiliticum, Benedek 1475.
*Exanthem, neue klinische Reaktion des syphilitischen, Nadel 1105.
Exantheme, klinische Merkmale syphilitischer, Goodmann 1637.
Framboesia luetica, Randak 1276.
Geschwüre, die lividen, der Luetiker, Gougerot 1118.
Granulom, ulzeriertes, der Schamteile mit Ausgang in amyloide Degeneration, O'Donovan 1636.
Gummata, lipomatöse, Gougerot 1486.
— livide, und Ulzerationen, Gougerot 1118.
Hautatrophien, tertiäre, oberflächliche, Kißmeyer 1545.
Haut- und Nervenerscheinungen gleichzeitig, Clément, Simon u. Thiollat 1058.
*Hypertrichosis, erworbene, über einem Knochengumma, Dahlmann 1290.
Ikterus, primärer, syphilitischer, Gastou u. Tissot 1115.
Knoten am Oberschenkel, maligne Lues, Lutz 1279.
Korymböse Lues, Spitzer 1276.
Leukomelanodermie, auf syphilitischer Erkrankung des vegetativen Nervensystems beruhend, Dohi 1816.
Melanodermie s. Sternum unter Syphilis.
Narbe nach Gumma der Stirn, Kantor 1241.
Onychodystrophie bei einem heredoluetischen Individuum, Bertaccini 1286.
Roseola granulata, Benjaminowitsch 1695.
— tardiva seu tertiaria Fournier, Jasnitsky 1147.
Rupia; ein Fall von ungewöhnlicher Größe und Verteilung, Fraser 1483.
Schuppende Syphiliseruption? Barber 1636.
Subkutane tertiäre Lues, ungewöhnliche Form, Arndt 1684.
Syphilid, akneiformes, lichenoid-miliares, Symbiose von Syphilid und Tuberkulose, Milian 1547.
— tertiäres, und Tabes, Spillmann 1251.
— tubero-serpiginöses s. Osteoperiostitis gummosa.
— tubero-ulzero-serpiginöses oder Kankroid, Bernstein 1019.
— zosteriformes, Hesse 1017.
Syphilide, tertiäre, am Gesicht, Lomholt 1544.
Syphilis tubero-ulcerosa, Arzt 1053.
Syphilitische Knoten in der Haut oder Psoriasis, Jersild 1544.
Ulzerationen, Behandlung resistenter mit Pyrogallussäure, Buschke u. Leissner 1322.
— spätsyphilitische, Buschke 1444.
Ulzeröse Lues III, refraktär gegen Salvarsan, Jod, Wismut, Spiethoff 1476.

Digitized by Google

7. Extragenitale Syphilisinfektion.

Familienepidemien, Kowalski 1283.
Familieninfektion, extragenitale, Lasareff 1847.
Primäraffekt am Zahnfleisch, Lortat-Jacob u. Roberti 1284.
— — — Miquel 1284.
— am Vorderarm, Karichew 1849.
— an der Konjunktiva, berufliche Infektion bei einem Arzte, Simon 1248.
— der Fossa infraspinata, Danel 1756.
— des Auges, Tjunkin 1450.
— seltene Lokalisation, Botcharoff 1847.
— des Zahnfleisches, der Wangenschleimhaut und Konjunktiva, seltene Formen; Spirochätenbefund, Hoffmann 1787.
Primäraffekte, extragenitale, Goldschmied 1696.
— — Rouchese 1821.
*— der Lippe, multiple, Freund 1434.
— nach dem Material des Moskauer Krankenhauses in den Jahren 1923/24, Anderson 1847.
Ulcus induratum axillae, Herpes zoster colli et scapulae, Haslund 1544.

8. Syphilis des Bewegungsapparates.

Framboetische Ostitis „Gundu", Roussel 1488.
Gaumendefekte, plastisch-chirurgischer Verschluß, Cavina 1754.
Gelenkerkrankungen, chronische, spätsyphilitische, Schlesinger 1285.
Gelenksymptome der Spätsyphilis, Weil u. Bourgeois 1286.
Gelenkrheumatismus, chronischer, deformierender, Géniaux, Averinos u. Broca 1285.
Gelenksyphilis der Erwachsenen, Gilbert-Dreyfus u. Bourgeois 1285.
Gummata an beiden Sternokleidomastoiden, Milian 1819.
Gummata periostalia der Stirngegend, Stern 1541.
*Knochengumma s. Hypertrichosis.
Muskeln, Entzündungen an den Ansätzen gewisser — und Diabetes insipidus bei Syphilis, Ehrmann 1311.
Osteoarthropathie, latente, tabische, lumbale, Roger u. Bassère 1312.
*Osteoperiostitis, Statistik, Jordan 1737.
— gummosa des Schädeldaches und ausgebreitete tubero-serpiginöse Syphilide, Fuhs 1244.
Osteom des Schädels und Syphilis, Leri u. Barthélemy 1548.
Schädelknochen, Syphilis der, Goldschmied 1450.
— — — nach Befunden des Anatomischen Instituts in Saratow, Stadnitzki 1871.
Spondylitis, Cofield u. Little 1309.
Sternum, Gummi des — und allgemeine Melanodermie, Spillmann u. Drouet 1251.
Tendovaginitis gummosa s. Orchitis.

9. Syphilis des Nervensystems und der Sinnesorgane.

Arthropathia tabica acuta inflammatoria, Siemens u. Cohen 1784.
Arthropathie, tabische Roederer u. Zimmerlin 1687.
Augenleiden s. Gonorrhoe.
Corpus striatum; Syphiliserscheinungen am, Shermitte 1823.
Endolumbale Behandlung (Gennerich), Müllern-Aspegren 1828.
— — der metaluischen Krankheiten, Marinesco u. Draganesco 1828.
— — — Paralyse, Fortschritte, Brunner 1828.
Hämoglobinurie nach Malariabehandlung bei quartenärer Lues, Rudolf 1829.
Hypophysentumor, luetischer, Szondi 1823.
Malariabehandlung der Paralyse, Gerstmann 1512.
— — — Herrmann 1390.
— — — Lake 1390.
— — — Plehn 1390.
— im Frühstadium der Nervensyphilis, Bering 1011, 1829.
Malaria, Unübertragbarkeit alter Impfstämme durch Anophelen, Barzilais u. Kauders 1430.
— Wirkung kleiner Chinindosen auf die therapeutische Impfmalaria, Kauders 1430, 1452.
Meningitiden, Behandlung der syphilitischen, Schuhmann u. Terris 1322.
Meningitis, Druck des Liquor bei akuter, Allen 1757.
Multiple Sklerose und Syphilis, Sézary 1823.
Nervensyphilis, Behandlung mit fünfwertigem Arsen, Sézary u. Barbé 1384.
— Behandlungsresultate mit Bi-Präparaten, Falchi 1755.
— Erfolge methodischer Behandlung, Stokes u. Shaffer 1322.
— Klinik und Biologie, Cormoall u. Myers 1638.
— Symptomanalyse bei paralytischer, Menninger K. A. u. W. C. 1483.
— Trypsarsamid bei, Stokes u. Wilhelm 1450.
— Vorkommen bei moderner intensiver Behandlung, 1448.

Digitized by Google

Nervensystem, Erkrankung des, nach vorangegangener Salvarsanbehandlung, Nicol 1854.
Neurosifilis postbismutica, Criado 1024.
Ohr, Behandlung der Lues des inneren, Brisotto 1755.
— syphilitische Erkrankungen des inneren, Orleanski 1694.
Paralyse s. „Albert 102".
— Behandlung, Bemerkungen zum Aufsatz von Kutzinski, Klaar 1322.
— Fieber- und Malariabehandlung der, Goodmann 1758.
— jugendliche, Rosenheck 1483.
— Malariabehandlung, Davidson 1429.
— — Eldridge 1430.
— — Goodmann 1429.
— — Ironside 1087.
— — Koyan u. Rubinstein 1429.
— — Bunker u. Kirby 1429.
— — Höhe und Dauer des Fiebers und klinische Ergebnisse, Bunker u. Kirby 1430.
— Pathologie und Pathogenese, Binswanger 1824.
— salvarsanisiertes Stammserum bei der Behandlung der, Marthens 1758.
— über die Prioritätsfrage von Rosenblum in der neuen Behandlungsmethode, Ikhtemann 1874.
— und Tabes, Behandlung, Sioli 1011.
— — — therapeutische Beeinflußbarkeit, Jahnel 1012.
Paraplegie, luetische, mit tödlichem Ausgang, Bernueci 1755.
Patellarreflex-Tabes, Benedek u. Kulcsár 1313.
Psychosen, syphilitische, außerhalb der Paralyse, Reich 1686.
Pupillenphänomen, seltenes, Kalk 1313.
Rückenmarkslues mit dem klinischen Bild eines komprimierenden Tumors, Nonne 1604.
Tabes, das exogene Moment bei der, Rosanes 1823.
— ohne Veränderungen des Liquor, Barbonneix u. Pollet 1823.
*— Paralyse und Abortivbehandlung, Wirkung des Salvarsans, Schumacher 1404.
— und aktive tertiäre Hautsyphilis, Barker 1615.
— — — Hautsyphilid, Spillmann 1251.
Zerebrospinalsyphilis, 10jährige Beobachtung von behandelten Fällen. Draper 1322.

10. Syphilis der inneren Organe, der Brustdrüse und der Lymphdrüsen.

Angina pectoris, Beziehung zur Syphilis und Behandlung, Simnitzki 1309.
Anus und Rektum, Syphilis des, Drueck 1311.
Aortensyphilis, Behandlung, Schottmüller 1482.
— pathologische Anatomie, Miloslavich 1690.
Aortitis mit Ektasie und Serumreaktion. Queyrat 1548.
Darmgeschwüre, syphilitische, Riggs 1483.
Dextrokardia, kongenitale, und Lues der Lungen und Trachea, Abrossimow 1312.
Leber, Syphilis der, Stookey 1758.
Luftröhrensyphilis. Fraenkel 1312.
Lungensyphilis, Homma u. Hogenauer 1312.
Lungen und Bronchien, Erkrankung in der Frühperiode, Lyon 1311.
Lymphomata gummosa, Volk 1053.
Magenerkrankungen, Klinik der syphilitischen, Arinnkinn 1310.
Mastdarm, Kasuistik der gummösen Affektionen, Lapischeff 1147.
Milz, Syphilis der, Pelissier 1794.
Struma gummosa, Lasch 1311.
Verdauungsorgane, Syphilis der, Gatewood 1310.
Viszerale Lues, Diagnose, Luger 1309.
— — Lurija 1311.

11. Syphilis des Urogenitalapparates.

Samenblase, Syphilis der, Frank 1608.
Harnblase, Syphilis der, Moses 1312.
— — — Sealhof 1822.
Harnblasen-Darmfistel bei Syphilis der Blase, Blanc u. Negro 1815.
Hydrozele, doppelseitige, syphilitische, Strominger 1723.
Orchitis und Tendovaginitis gummosa, Reines 1053.
Uretersyphilis, Takenouchi 1817.

12. Vererbung der Syphilis; Syphilis und Ehe.

Anginapektoris, juvenile, kongenital syphilitischer Natur, Gallavardin 1794.
Augen, Dystrophie der — bei Erbsyphilis, Feldmann u. Waissmann 1847.
Dystrophien, multiple, wahrscheinlich kongenital-syphilitischen Ursprungs, Spillmann u. Drouet 1250.
Eheliche Syphilis in abortiver Form bei der Frau, Galliot 1247.
Embryonale Syphilis, Ätiologie und Behandlung, Impey u. Fraser 1638.
Erythemato-squamöse Eruption um die Haare bei kongenitaler Syphilis im Verlaufe einer Salvarsankur, Boutelier 1057.
Familienepidemien, Kowalski 1283.
Gravidität, fortgesetzte Behandlung der Lues während der, Forgan 1321.

Digitized by Google

Hutchinson-Zähne, Vorsicht bei der Diagnose, Sutton 1483.
Meningitis, sehr spät aufgetretene, chronische bei kongenitaler Syphilis, Etienne, Mathieu u. Verain 1250.
Nierenveränderungen bei der angeborenen Syphilis, Giordano 1822.
Onychodystrophie bei Syph. congenita, Bertaccini 1286.
Pagetsche Ostitis des Schädels, der Tibien, Induratio penis plastica bei vielleicht Syphilis congenita, Audry 1549.
Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen des Nabelschnurblutes und ihr diagnostischer Wert, Neumann 1824.
— des Blutes bei Kindern mit kongenitaler Syphilis, Gelbjerg 1545.
Syphilis congenita, Carter, t. R. 1120.
— — Behandlungsresultate im Kinderheim zu Kopenhagen, Boas 1323.
— — der Enkelkinder, Higoemenakis 1760.
— — des Nervensystems, Babonneix 1794.
— — in der Kinderklinik, Haushalter 1250.
— — latente, durch Gravidität florid geworden, Récamier 1757.
— — Literatur der letzten 4 Jahre, Slawik 1794.
— — Verhütung durch Behandlung der schwangeren Mutter, Lawrence 1321.
— — s. Wismutbehandlung.
Teleangiektasien, symmetrische, fortschreitende bei Syphilis congenita, Sprinz 1446.
Zwillinge, einer syphilitisch, der andere gesund, Hashund 1544.
Zwillingsschwangerschaft, mit Bismut behandelte ausgetragene bei habituellem Abort, Szegö 1507.

13. Allgemeine Therapie und Prophylaxe der Syphilis.

Abortivbehandlung, Matuschkin 1324.
Abortivkuren, gelungene, Leidi 1754.
Allgemeines über die Behandlung der Syphilis, Soboleff 1324.
Antiluetika, Bedeutung der Zusammensetzung und Methode der Anwendung für therapeutische Wirkung, Ullmann 1757.
Arzneischädigungen s. Salvarsan.
Arzneimittel zur Behandlung der Syphilis, Ledermann 1323.
Errungenschaften bei der Syphilisbehandlung, Lipskerow u. Grshebin 1323.
Frühbehandlung und Frühheilung, Zieler 1119.
Prophylaxe der Syphilis, Géber 1506, 1507.
Sterilisierende Therapie (Ehrlichs) bei der rezenten Lues, Philippson 1323.
*Syphilisbehandlung, neue Anordnung, von der Porten 1811.
Therapie, moderne s. Lumbalpunktion.
— neue der Syphilis, Keve 1323.

14. Quecksilberbehandlung der Syphilis.

Gangrän nach Hg-Einspritzung, Koshewnikow 1191.
Hg-Intoxikation, letale, nach einmaliger Novasurolinjektion, Redlich 1386.
— intravenöse Injektionen von metallischem — bei Syphilis, Almore, Gauvain u. Persky 1386.
— -Präparat „Diphasol", klinische Erfahrungen mit dem, Urban 1508.
— -Präparate, unlösliche, Knoten, Verhärtungen, Vaselinome und Gummen an Injektionsstellen, Pozzo 1755.
— -Resorption von der Haut aus, mikroskopische Studie, Zwick 1386.
— s. Wismut.
— -Zyanür, Intoleranzerscheinungen bei intravenöser — -Behandlung, Fouquet u. Machtou 1693.
Primärfälle, mit Hg-Zyanür abortiv behandelt, 9 Jahre symptomlos, nicht geheilt, Mariotti 1754.

15. Salvarsanbehandlung (einschl. kombinierte Salvarsanbehandlung) der Syphilis.

*Abortivbehandlung, Wirkung des Salvarsans s. Tabes.
Addisonkranke, Salvarsantod bei einer, Minami 1817.
Angioneurotischer Symptomkomplex nach Salvarsan, Ursache, Smiley 1852.
Arsenobenzoltherapie, Milian u. Girauld 1115.
Arsenreaktivierung der Syphilis; Wert für Diagnose, Prognose und Behandlung, Gastou u. Pontoizeau 1641.
Arsenvergiftung, Natriumthiosulfatbehandlung, Halliday u. Sutherland 1383.
Arsphenamin, Giftigkeit, Myers u. Corbitt 1483.
— Wirkung des Traubenzuckers auf die Haltbarkeit des, Schamberg u. Rule 1451.
Arzneischädigungen (Salvarsan, Hg, Wismut), „extrakutane, fixe Nebenwirkungen", Jadassohn 1381.
*Bekämpfung der Nebenerscheinungen der Salvarsantherapie, v. Thurzó 1237.
Casbis-Salvarsanbehandlung, Pohlmann 1827.

Digitized by Google

Chromodiagnostik der Leberfunktion, Lepehne 1826.
Enzephalitis, Behandlung der — nach Arsphenamin mit Natriumthiosulfat, McBride 1383.
Erythrodermia postsalvarsanica, de la Portilla 1788.
— — Heilung und Exitus nach Kalomel, Vercellino 1752.
Fehleinspritzung von Salvarsan, Verhalten bei, Burkart 1324.
Gebrauchsfertig gelöstes Salvarsan für die Tropen, Baermann 1325.
Hohe Neosalvarsandosen, Behandlung mit, Teodosijevitis 1325.
Ichthyosis congenita nach Salvarsan, Tartakowski 1191.
Ikterus, einfacher und solcher nach Salvarsan, Ruge 1576.
— paratherapeutische, besonders durch die Arsenobenzole, Milian 1818.
— Syphilis — Salvarsan, Bernheim 1822.
Infiltrate nach Salvarsan, sofortige Behandlung, Dietel 1324.
Leukozyten, Verhalten der — nach Salvarsan, Mueller u. Myers 1325.
Nebenerscheinungen von Salvarsan, Minami 1817.
Neuritis, multiple, mit Gelbsucht nach Neo-Arsphenamin, Schamberg u. Greenbaum 1382.
Pigmentation nach Salvarsan-Wismut-Behandlung, Feldmann 1850.
Purpura haemorrhagica als Komplikation bei der Syphilisbehandlung mit Sulpharsphenamin, O'Leary u. Conner 1638.
Salvarsan-Nebenerscheinungen, Prophylaxe und Therapie. Spiethoff 1382.
*— bzw. Quecksilberexanthem als unspezifischer Heilfaktor der Syphilis, Ritter u. Morsbach 1803, 1837.
— spezifisch-spirillozide Wirkung, Schumacher 1572.
Salvarsandermatitis, Ritter 1606.
— Natriumthiosulfatbehandlung, Fuss u. Dahlmann 1383.
Salvarsaneinführung, intranasale, ungefährliche Methode, Undritz 1190.
Salvarsanexanthem, Boas 1544.
Salvarsanexantheme, Polymorphie, Wirz 1189.
*Salvarsangeruch, Leibholz 1602.
Salvarsaninfiltrate, sofortige Behandlung von, Landesmann u. Warowitzki 1847.
Salvarsanpräparate, Nebenwirkungen, Efron 1382.
Salvarsanresistenz s. WR.
*Salvarsanschäden, Vorbeugung, Minami 1679, 1716.
Salvarsanschädigungen, Weiss 1381.
Salvarsanschädigungen, Prophylaxie und Behandlung, Buschke 1326.
Salvarsantherapie, Handbuch, Kolle u. Zieler 1696.
Salvarsantoxikose, Umwandlung eines nässenden Unterschenkelekzems in eine Lichen-verrucosus-artige Dermatitis durch, Wirz 1573.
Salvarsan- und „Albert 102"-resistente Lues, Oelze 1474.
Salvarsan- und Hg-Schädigungen, Bekämpfung, Heine 1382.
— und wismutresistenter Schanker; schnelle Heilung durch Hg, Lévy u. Metzger 1687.
Silbernovarsolan, russisches Präparat, Brytscheff u. Lipskerow 1190.
Silbersalzwirkung, Theorie der, von Neergaard 1189.
Sulpharsphenamin, Chemotherapie, Raiziss, Severac u. Moetsch 1325.
Toxische Salvarsanwirkung, Ugrjumow 1449.
— Wirkung des Arsphenamins auf das Herz, Reid 1826.
Unschädlichmachung des Salvarsans durch Gelatine, Lipskerow u. Goshebin 1694.
Verfärbungen der Haut im Anschluß an Salvarsanbehandlung, Boutelier 1118.

16. Wismutbehandlung der Syphilis.

Bismocoral zur Behandlung der Syphilis, Lass 1389.
Bismogenol, Hautschädigung nach, Kerl 1388.
Bismogenolbehandlung der Syphilis, ausschließliche, Lauterbach 1388.
Bismosalvan, Erfahrungen mit, Berger 1827.
Bismut, Ausscheidung des, Lombardo 1752.
— bei habituellem Abort s. Zwillingsschwangerschaft unter Syphilis congenita.
Bismuto-Yatren, Erfahrungen über, Schumacher u. Spatz 1389.
Bismutbehandlung mit Protein kombiniert, Frey 1827.
Bismutpräparate, Behandlung mit, Lehner u. Radnai 1506.
Einkapselungserscheinungen nach Wismut intramuskulär, schwere, Montlaur 1694.
Hauterscheinungen im Verlauf von Behandlung von Wismut allein oder mit Hg zusammen, Fouquet u. Machtou 1693.
Histopathologische Veränderungen nach Wismutbehandlung, Grshebin 1190.
Meningen, Durchlässigkeit für Wismut, Katzenelbogen 1827.
Mesurol in der Luesbehandlung, Schmidt 1386.

Digitized by Google

Mesurol s. Lumbalpunktion.
— unlösliches Wismutpräparat, Poschacher 1026.
Wismut, Ablagerungen in der Schleimhaut der Zunge und Wange nach Bismogenolbehandlung, Klare 1388.
— Ausscheidung des, Lafay u. Ferrand 1058.
— Ausscheidung verschiedener Präparate, Lomholt 1211.
— Behandlung bei hereditärer Lues, Nardi 1387.
— — der kongenitalen Lues, Levy u. Selter 1387.
— — — Syphilis, Burke 1087.
— — — — Cornes 1387.
— — — — Grumach 1613.
*— — — — Salkind 1232.
— — — — Steegmüller 1387.
— Bestimmung im Harn, Grünblatt 1389.
— — — Urin und Behandlung, Grünblatt 1191.
— Beziehung seiner Pharmakologie zur therapeutischen Anwendung, Lomholt 1087.
— biologische Begriffe in der Bi-Therapie, Tirelli 1755.
— Formeln für injizierbare Präparate, De Bella 1755.
*— kann — das Hg vollständig ersetzen? Hecht 1005.
— Nebenwirkungen, Tjunkin 1695.
— syphilitische Erscheinungen während Behandlung mit, Clément Simon u. Bralez 1058.
— tonisierende Wirkung des, Belgodère 1757.
— welches Präparat verdient den Vorzug? Lomholt 1214.
— s. WR.
*Wismut-Diasporal, Erfahrungen mit, Portmann 1781.
Wismutinjektionen, intramuskuläre oder intravenöse? Hachez 1388.
Wismutpräparate, Absorption und therapeutischer Wert, Beinhauer u. Jacob 1637.
— Fehlschläge bei der Behandlung mit, Eisner 1388.
— unlösliche, örtliche Störungen bei intramuskulärer Einspritzung, Barthélemy 1875.
— Verträglichkeit verschiedener bei Nervensyphilis, Dannhauser 1388.
Wismut-Proteinverbindungen, experimentelle und klinische Grundlagen bei der Behandlung, Martin u. Bejarano 1724.
Wismutsalizylat, Nebenwirkungen, Gabelow 1147.
Wismutsalze als Diuretika, Robitschek 1387.
Wismuttoxidermie, Holzamer 1391.
Wismutüberdosierung, enorme, ohne schädliche Folgen, Bruck 1023.
Wismut und Neosalvarsan, Beobachtungen an Syphilitikern bei kombinierter Behandlung, Sucharew 1695.

17. Sonstige Heilmittel bei Syphilis.
„Albert 102“, Ritter u. Westphalen 1603.
— s. Salvarsan.
— bei progressiver Paralyse, Pfeifer 1385.
— Methodik der Spirochätenuntersuchung, Oelze 1385.
— Rezidiv nach, Grund 1606.
Antisyphilitika neuere, s. Gonorrhoe.
Dijodyl und Frage der Überdosierung von Jod, Neumann 1389.
Eisen-Aluminiumlösung, kolloidale und neuere Wege in der Syphilistherapie, Richter 1571.
Flumerin, Wert des — in der Behandlung der Syphilis, Fox, Gildersleeve u. Preston 1611.
*Jodalkalien, Einfluß auf die Syphilis, besonders die WR, Guszmann 1268.
Kolloidale, metallische Verbindungen, neues Prinzip bei der Behandlung der Syphilis, Behring u. Hemmesheimer 1481.
Lamaserum gegen Lues, Kapf 1793.
Neuere Präparate in der Behandlung der Syphilis und des Trippers, Frühwald 1479.
Organluetin, therapeutische Versuche, Planner 1612.
Quéryserum, Schädigung durch, Ledermann 1684.
Spirozid und Stovarsol, Behandlung mit, Bruhns u. Picard 1384.
— — — innere Behandlung, Oppenheim 1383.
Stovarsol, Beutl 1508.
— Behandlung, Lehner u. Radnai 1385.
— — und Wirkung auf die Spirochäten, Luerssen 1385.
— s. experimentelle Syphilis.
— experimentelle Untersuchungen, Worms 1384.
— in der Syphilistherapie, Lehner u. Radnai 1506.
— Intoxikationserscheinungen nach, Schwarz 1384.
Treparsol, interne Behandlung mit, Simon 1787.
Tryparsamid s. Nervensyphilis.
Tryparsamide bei Behandlung der Nervensyphilis, Wile u. Wieder 1326.

Talgdrüsentumoren in Haut- und Unterhautzellgewebe, Stern 1540.
Tätauierungswesen im heutigen Europa, Riecke 1854.

Digitized by Google

Tätowierung s. Psoriasis.
Teerakne, Ritter 1606.
Teer-Harnsäureverbindung, therapeutische Versuche mit, Herxheimer u. Wichert 1785.
Teerkarzinom, Findlay 1769.
— an Kaninchenohren, Bittmann 1769.
— außergewöhnliches experimentelles beim Kaninchen, Krotkina 1218.
— Beeinflussung des Wachstums durch Extrakte von Drüsen innerer Sekretion, Seel 1219.
Teleangiectasia vasoparalytica, systematisierte, Artom u. Fornava 1088.
Teleangiektasien, essentielle, Naegeli 1278.
Thallium, epilierende Aktion des, Fiocco 1752.
*Thrombophlebitis am Präputium, Thieme 1083.
*Thrombose, Gewebsverhalten der künstlichen, phlebitischen, Nobl u. Löwenfeld 1495.
Tinea amiantacea, Alibertsche, Friedmann 1576.
Tintenstiftnekrose, Glass u. Krüger 1150.
Tonsillen s. Geschwülste.
Transplantationen s. Hautüberpflanzung.
Traubenzuckerinjektionen, über hypertonische, Schimada 1060.
Trichoepitheliom, Hoffmann 1605.
— s. Epithelioma adenoides cysticum.
Trichophytiasis, außerordentlich oberflächliche Form, Rajka 1508.
Trichophytid, Lichen trichophyticus, Ambrosoli 1754.
Trichophytide, experimentelle Untersuchungen, Masia 1754.
Trichophytie auf dem Rücken eines Kindes, Ledermann 1684.
— Behandlung mit langwelligen Strahlen, Ahlswede 1757.
— bei Katzen, Thomson 1449.
— der unbehaarten Haut durch neues Trichophyton: Tr. depressum, Mac Cartly 1212.
— — Zehen, Hülsen u. Jordan 1221.
— immunitäre, Phänomene, Radaeli 1754.
— s. „Palau-Tamushi".
— s. Röntgen.
— zur Frage der, Soboleff 1789.
— und Trichophytonarten in Korea, Takahashi 1817.
Trichophytien, sekundäre bei morbiliformem Ausschlag, Bang 1544.
Trichophytinbehandlung der Trichophytie, Takahashi 1056.
— und Tuberkulin, Peyrer 1065.
Trichophyton, Achorion, Mikrosporon, Entwicklungszyklus; saprophytisches Vorkommen, Pollacci.
— acuminatum, Frèche u. Cazenave 1849.
Trichophyton, seltene Form von pseudoviolettem, Fiocco 1754.
Trichostasis spinulosa, Frühwald 1474.
— — Poschacher 1026.
Tropenbewohner, Wärmebilanz des, Knipping 1876.
Tuberculosis cutis indurativa disseminata, Carol 1784.
— — Carminow Doble 1061.
— — verrucosa, Balassa 1541.
— — — Khoudadoff 1847.
— — — Kubarew 1695.
— fungosa cutis (Riehl), Volk 1262.
Tuberkelbazillen, über ovale, konjunktivale und nasale Infektion, Lang 1262.
Tuberkulid beim Säugling, Galewsky 1474.
— s. Dermatitis gangraenosa.
— papulonekrotisches, Roxburgh 1636.
— serpiginöses papulo-pustulöses, Buschke 1443.
Tuberkulide des Gesichts, Zwischenformen zwischen Aknitis und miliarem Lupoid, Pautrier 1249.
— Königstein 1053.
— Klinik der, Herxheimer u. Martin 1022.
Tuberkulin, Einwirkung von Papelsubstanzen auf, Brieger u. Landau 1792.
— s. Trichophytin.
Tuberkulinempfindlichkeit, Erzeugung mit abgetöteten Tuberkelbazillen, Langer 1282.
— negative Phase, Ossoinig 1281.
Tuberkulinintrakutanreaktion, Beeinflussung durch Serum, Treu 1282.
Tuberkulinisierungsmethoden zu diagnostischen Zwecken, Czickeli 1282.
Tuberkulinreaktion, Moro 1281.
Tuberkulose s. Dermotubin.
— die, Bürgers 1855.
— der Harnorgane, Joseph 1148.
— — Harnröhre, Boeckel u. Oberling 1050.
— — Haut, Wichmann 1605.
— — — Aktivitätsreaktionen bei, Somogyi 1426.
— — — dem Boeckschen Sarkoid histologisch ähnelnd, Lomholt 1544.
— — — s. Gitterfasern.
— — — hypertonische Lösungen von Calcium chloratum intravenös bei, Kritschewsky u. Popow 1147.
— — — im Gegensatz zur konstitutionellen, Scholtz 1120.
— — — knötchenförmige und ulzerierte, Pautrier u. Metzger 1688.
— — — primäre Impf- — — — mit Metastasen der regionären Lymphdrüsen, Stokes 1792.
— — Lungen, Infektionsweg durch die Haut? Campani 1262.

Digitized by Google

Tuberkulose der Nase, Soyka 1220.
— — Nieren, Blatt 1607.
— — — besonderer Fall, Bernadet 1055.
— — — Ureterenkatheterismus von der geöffneten Blase aus, Martin 1723.
— s. auch Nieren.
— der Vaginalgegend und Inguinalfalte, gummöse und fistulöse, Lévy, Glaser u. Sloimowici 1688.
— — weiblichen Genitalien, Kalledey 1578.
— Diagnostik mittels Tuberkulinsalben, Löwenstein 1282.
*— Entwicklung der Goldbehandlung bei menschlicher, Bruck 1460.
— Genital-, Richer 1517.
— Immunbiologie, Bessau 1281.
— — Tuberkulinempfindlichkeit und Tuberkuloseschutz; Tuberkulindiagnostik und Therapie, Bessau 1280.
— Luesbehandlung der Phthisiker, Deist 1826.
— Lungen-Kehlkopf- und Lupus vulgaris, Pseudotuberkel durch Kaktusstachel, Barney 1117.
— s. Masern.
— Partigenlehre, Mattausch 1281.
— postexanthematische Miliartuberkulose der Haut, Sundt 1725
— WR auf — technisch weiter entwickelt, Reiter u. Köster 1793.
Tuberkuloseschutz für den Säugling durch kombiniertes Vakzinationsverfahren, Moro 1282.
— s. Sporotrichose.
— s. Syphilid.
— Ulcera linguae und mucosae ovis, Schönstein 1540.
— ulzerierte am Schenkel, Louste, Caillaud u. Marassi 1641.
Tuberkulöse Hautallergie, unspezifische Faktoren, György 1281.
— Lymphome, Röntgen- und Lichtbehandlung, Reyn 1260.
Tuberkulotoxischer Begriff, Frisch 1281.
Tumoren, bazillogene und tumorerzeugende Bakterien, Reichert 1877.
— Immunität bei experimentellen, Joannovic 1219.
— kraterförmige, ulzerierte des Gesäßes, Milian u. Solente 1547.
Turmschädel s. Zwillinge.
Typhus abdominalis, variolaartiges Initialexanthem bei, Gottschalk 1256.

Überempfindlichkeit, Bedeutung der kutanen Diagnostik, von Gröer u. Progulski 1065.
— bei Geschwistern, Kochmann 1644.
— erwerbbar? Rackemann 1065.
Ulcera tuberculosa oris, Volk 1053.
Ulcus cruris, Heilung durch Insulin bei Hyperglykämie und normaler Glykämie, Pautrier, Ambard, Schmid u. Lévy 1059.
— — — — Insulinpulver bei normalem Blutzucker, Pautrier, Schmid u. Robert 1688.
— — s. Nervenvereisung.
— — Behandlung, Bechtle 1197.
— — — Clasen 1513.
— des Nasenruckens, Oppenheim 1052.
— induratum axillae, Herpes zoster colli et scapulae, Haslund 1514.
— molle, Behandlung der phagedänischen, serpiginösen Geschwüre, Angelozzi 1453.
— — — mit Brechweinsteinlösung intravenös, Goodmann 1829.
— — — — Nicollescher Vakzine, Dubreuilh u. Broustet 1248.
— — -Bubonen, Drainagebehandlung, Schneemann 1453.
— — der Zunge, Ravaut u. Ducourtioux 1693.
— — s. Gonorrhoe.
— — Neues über Diagnose und Behandlung, Nicolle u. Durand 1452.
— — örtliche Vakzinebehandlung, Jausion u. Diot 1247.
— — s. Schanker unter Syphilis.
— — s. Streptobazillus.
— — über Infektion, Rivalier 1115.
— — Vakzinebehandlung, Pautrier 1640.
— — — Jausion u. Diot 1692.
— — — Jeanselme, Jausion u. Diot 1694.
— — Züchtung des Streptobazillus und Vakzinebereitung, Hababou 1453.
— phagedaenicum s. Schanker.
— pseudovenereum s. Gonorrhoe.
*— rodens, Wesen und Behandlung, Dostrovsky 1674.
— — faciei, Reiner 1539.
— vulvae acutum s. Geschwüre.
*— — — Frommer 1111.
— — — Werther 1473.
Ultraviolettlicht, Dosimetrie, Schall u. Alius 1727.
— in der Allgemeinpraxis, Mc Kenzie 1728.
Ultravisible Erreger, Immunität bei Erkrankungen mit, Breinl 1256.
Ulzera s. Geschwüre.
Ulzeration, atonische, bei normaler Glykämie, mit Insulin geheilt, Pautrier, Ambard, Schmid u. Lévy 1249.
Ulzerationen, multiple, s. Hysterie.
Unspezifische Behandlung, Weichardt 1700.
— — s. Dermatologie.
Unterernährung s. Immunisierung.

Digitized by Google

Ureter, angeborene Erweiterung, Ockerblad 1556.
— chirurgische Verletzungen, Bland 1556.
— Diagnose von Steinen im untersten Teil des, Reinecke 1556.
— doppelter, s. Nierenbecken.
— — einseitiger, Thurn-Rumbach 1857.
— s. Harnblase.
Uretertumoren, primäre, Ku 1556.
Ureteren, Verengerungen der, Perlmann 1511.
*Urethritis gonorrhoica polyposa s. Gonorrhoe.
— pseudo-blennorrhoische Spermakultur, Moran 1815.
Urin, Säurewert bei Haut- und anderen Krankheiten; abnorme Wasserstoffionenkonzentration als Krankheitszeichen, Doble 1152.
Urolithiasis calculosa, Rolando 1054.
Urologie s. Diathermie.
— Elektrotherapie in der, Pedersen 1833.
— in der Praxis, Le Fur 1513.
— klinische Studien, Hunner 1759.
— Sulfoxylsalvarsan in der, Karo 1551.
Urologische Diagnose und Behandlung, White u. Ritch 1119.
— Regeln für Praktikanten, Day u. Martin 1482.
Urologisches bei Schwangerschaft und Neugeborenen, Armbruster 1609.
*Urticaria chronica perstans, Lehner 1287.
— haemorrhagica menstrualis, zum Aufsatz von Weitgasser und Cafesso, Grünzweig 1193.
— perstans papulosa, Ledermann 1684.
— pigmentosa Balassa 1539.
— — Bruhns 1443.
— — Brun 1018.
— — Dowling 1636.
— — Ganzoni 1279.
— — infantum, Ssutejew 1191.
— — kleinpapulöse Form mit Degenerationsformen der Mastzellen, Kißmeyer 1612.
— — mit Thymushyperplasie, von Hollander 1450.
— — spätes Auftreten, Pautrier 1059.
— solaris, Beinhauer 1690.
Urtikaria, atypische Formen, Fasal 1426.
— s. Kutisreaktion.
Urtikarielle, lokale Hautreaktion auf Sonnenlicht, Frei 1574.

Vagina, Bakterienflora und Chemismus der, Cukor 1577.
— schwere Verätzung durch Chlorzink, Naujocks 1558.
— tödliche Verletzung, Blair 1558.
Vagotonie s. Erythromelalgie.
Vakzine, bester Weg der Einführung von, Drouet 1066.
Vakzineerkrankungen, Kerl 1427.
Vakzineimmunität, Kuhle 1259.
Vakinevirus, Gewebskulturen beim Studium des, Hach 1259.
Vakzinewirkung, isolierte der Zunge, Zurhelle 1786.
Variola s. Alastrim.
Variola, biologische Diagnose (Paulscher Versuch), Löwenthal 1257.
— — — Löwenthal 1790.
— Epidemiologie, Gins 1259.
— s. Parapocken.
— s. Typhus.
— und Alastrim, Komplementablenkung, Netter u. Urbain 1258.
— Varizella und Kuhpocken, Jacksch 1257.
— Varizellen und sonstige verdächtige Exantheme, obligatorische Einzeichnung in Körperschemata als diagnostische Methode bei Pockengefahr, Tièche 1790.
— weißes Blutbild nach Schutzpockenimpfung, Hoffmann 1259.
Varizellen bei Erwachsenen-Pocken? Meder 1257.
— der Bindehaut, Chow 1257.
— s. Herpes zoster.
— wiederholte Attacken, Stobie 1257.
Varizen, Behandlung mit künstlicher Thrombosierung, Linser 1786.
— — — thrombosierenden Injektionen, Regard 1131.
— — nach Linser, Kottmaier 1024.
— Injektionsbehandlung, Dunbar 1131.
*— intravariköse Kochsalzinjektionen bei, Linser 1345.
— ungewöhnliche Komplikation nach, Fisher u. Mensing 1729.
— Zusammenstellung der wichtigsten therapeutischen Maßnahmen, Schlunk 1729.
Vasomotorische Hautreflexe, klinische Bedeutung, Tracg 1030.
— Reaktion, lokale s. „L.-V.-R.“
Vegetatives Nervensystem s. Ekzem.
— — pathogenetischer Wert der Störungen des, Meineri 1755.
Venerische Krankheiten, Bedeutung der provinziellen Presse bei Bekämpfung, Halperin 1192.
Venerologischer Praktiker, Wert wissenschaftlicher Erfahrungen für den, Harrison 1447.
Venerologisches Ambulatorium in Leningrad, das erste Tausend von Syphilitikern, Wan-Gaut 1696.
— — — Moskau, Ergebnisse der Jahresarbeit, Porudominski 1696.
Verätzung, gewerbliche Schwefelsäure-, Spitzer 1276.
Verband, gemischter, Herausgeberartikel 1092.

Digitized by Google

Verbrennung der Augen und des Gesichts, Wiederherstellung durch Hautüberpflanzung, Eastman 1130.
Vererbungsverhältnisse bei Kreuzung zwischen Zulukaffer und deutscher, blonder Frau, Buschke 1444.
Verrucae papillomatosae, Balban 1242.
*— vulgares und Condylomata acuminata, Beziehungen, Brandes 1584, 1628.
Vitalfärbung, Einfluß lokaler Reize, Kusnetzowsky 1063.
— s. Ionengehalt.
Vitalfärbungen von Zellen und Geweben, Petow, Wittkower u. Pietrkowski 1063.
Vitiligo durch Chokwirkung, Pierangeli 1194.
— endokrino-sympathisches System bei, Flarer 1755.
Vulovaginitis, nichtgonorrhoische, massenhafte Erkrankung in einem Internate, Wassiljew 1695.

Wasserstoffionenkonzentration s. Urin.
— Bestimmung im Gewebe mit Indikatoren, Gräff 1861.
Wunddiphtherie, Hortobágyi 1151.

Xanthodermie, Xantochromia cutanea, Xanthosis, Aurantiasis cutis oder Ochrodermatitis, Barthélemy 1766.
Xantho-Erythrodermia s. Parapsoriasis.
Xanthom s. Cholesterinämie.
Xanthoma planum et tuberosum, Gutmann 1015.
Xanthomatose, ausgedehnte, Adlersberg 1424.
— Turner, Davidson u. White 1194.
— ausgedehnte, mit Diabetes und Lues, Bloch 1278.
Xanthome, multiple, De Giacomo 1755.
Xanthosis, Labbé 1193.
Xanthose mit schwerem Diabetes mellitus, Weber 1853.
Xeroderma, pigmentosum, Eliasson 1020.
— — Haxthausen 1544.
— — Junès 1766.
— — Per 1872.
— — endokrines Verhalten, Krogsgaard 1545.

Yohimbinvergiftung, Lehrmann 1702.

Zahnentwicklung s. Farbstofftransport.
Zelle s. elektrischer Strom.
Zellenmembranen, Permeabilitätsverminderung nach Röntgenbestrahlung, Brummer 1603.
Zeugung beim Menschen; libidinöse Funktionsstörungen der — beim Weibe, Rohleder 1725.
Zink, Vergiftungen durch stearinsauren Zinkpuder, Isaac 1702.
Zunge, gummöser Prozeß der, Sussmann 1242.
Zwillinge, dermatologische Methode zur Diagnose der Eineiigkeit und Ätiologie des Turmschädels, Siemens 1028.
— eineiige mit ungleichen Augenfarben, v. Zumbusch 1029.
— Studien an eineiigen, Weitz 1028.
Zylindrom der Oberlippe, Thielemann 1770.
Zypressendermatitis, Rasch 1545.
Zystitis s. Kolibakterium.
— akute, Barnett 1757.
— Bemerkungen über, Palmer 1757.
— chronische, McCoy 1757.
— tuberkulöse, Farbach 1757.
— s. Urologie.
Zystoskop, Maximilian Nitzes Erfindung und Ausbau der Gebrauchsanweisung dafür, Ringleb 1609.
Zystoskope, verbesserte Lampen für, Pflaumer 1511.
Zystoskophalter, neuer, Vogel 1149.

Digitized by Google

Namenverzeichnis.

* bedeutet Originalarbeit.

Abadie, J., Vorteile des transversalen Schnittes nach Bazy in der Nierenchirurgie 1722.
Abe, M. s. Adachi.
Abramowski, A., Propagation mutmaßlicher Krebskeime 1768.
Abrossimow, Kongenitale Dextrokardia und Lues der Lungen und Trachea 1312.
Achituov s. Delamare.
Adachi, Y., Experimentelle Reinokulation bei Kaninchen 1246, 1481.
— — u. Abe, M., Experimentelle Kaninchensyphilis 1060.
Adams, W. B., Rattenbißdermatitis 1450.
Adamson, H. G., Lichen obtusus 1637.
Adler, A. v., Angeborenes Harnröhrendivertikel, Beseitigung 1609.
Adlersberg, D., Ausgedehnte Xanthomatose 1424.
Afzelius, Nekrolog für —, Bang 1544.
*Agronik, M. A., Hautleishmaniosis 1665.
Ahlenstiel, R., Beziehungen zwischen Insulin und Haut 1621.
Ahlswede, E., Behandlung bei Trichophytie mit langwelligen Strahlen 1757.
— — Wichtigkeit der positiven Schwankung bei der Serodiagnose der primären Syphilis 1484.
Ajello, L., Melanokarzinom der Haut 1088.
Alderson, H. E. u. Rawlins, Dermatitis der Reisarbeiter 1702.
Alexander, H. F., Appendizitis vorgetäuscht durch ein Gumma des Zökums 1311.
— H., Rivanol bei phlegmonösen Entzündungen 1156.
— A. u. Emmel, L., Kuppenablesung der MTR 1318.
Alexeieff, A., Physiologie der Neutrophilen 1861.
Alibert s. Haldin.
Alius, H. s. Schall.
Allen, Ch. E., Drainage des Lumbalsackes bei der Behandlung der Syphilis 1481.
— — — Druck des Liquor bei akuter, luetischer Meningitis 1757.
— John Henry 1558.
Almkvist, J., Abszeß am Anus und Drüsenkomplikationen der Rektalgonorrhoe 1025.
— — Melanoderma und Leucoderma syphiliticum. Leucoderma syph. e papulis mucosis 1615.
Almore, E., Gauvain u. Persky, A. M., Intravenöse Einspritzungen von metallischem Hg bei Syphilis 1386.
Altshuler, J. M., Impotenz 1481.
Ambard, L. s. Pautrier.
— — u. Schmid, F., Über die Wirkung des Insulins 1059.
Amber Brown, G. van, Verminderung der Gefahr bei der Prostatektomie 1120.
Ambrosoli, Lichen trichophyticus 1754.
Amster, S. s. Jessner.
— — — Meyer.
Ancel, P. u. Vintemberger, P. Zelluläre Strahlenempfindlichkeit.
Andersen, Ernst, Heilung von Entzündungen durch Hafer-Kochsalzdiät 1090.
Anderson, N., Primäre Schanker nach dem Material des Moskauer Krankenhauses in den Jahren 1923/24 1847.
Angelozzi, A., Behandlung der phagedänischen, serpiginösen Geschwüre 1453.
Antoni, J., Kernveränderungen an den weißen Blutzellen bei Syphilis 1824.
Apetaur, St. u. Laubova, M., Nitritoide Reaktion nach Phlogetanapplikation 1092.
Apetauer, St. u. Laubová, M., Nitroide Reaktion nach Phlogetan 1509.
Applebaum, H. S. s. Kline.
Aramaki, Dy., Studien über die Alopezien 1055.

Digitized by Google

Ariaz, C. O., Die Piedra Argentiniens 1820.
Arinnkinn, Klinik der syphilitischen Magenerkrankungen 1310.
Armbruster, G., Über renale Erkältung 1511.
— — Urologisches bei Schwangerschaft und Neugeborenen 1609.
Arndt, Akrodermatitis Hallopeau 1684.
— Lymphadenosis cutis circumscripta 1686.
— Lymphadenosis miliaris faciei 1686.
— Mycosis fungoides 1686.
— Spieglersche Tumoren 1686.
— Strichförmige rezidivierende Purpura 1686.
— Ungewöhnliche Form tertiärer, subkutaner Lues 1684.
Arning, Eduard 1030.
— Dermatitis atrophicans symmetrica progressiva 1605.
Arnoldi, W. u. Warnekros, K., Behandlung des Pruritus vulvae 1766.
Aronstam, N. E., Behandlung der blennorrhoischen Spermatozystitis 1759.
Artom, M., Herpes zoster der Syphilitischen 1820.
— Nitritoide Krisen bei Sympathikotomikern 1755.
— Prognostischer Wert der Thermostabilität und -labilität der luetischen Reagine im Liquor 1754.
— M. u. Fornara, P., Teleangiectasia vasoparalytica, systematisierte 1088.
Arzt, L., Klinik und Pathologie der Sproßpilzerkrankungen 1423.
— Lymphogranulomatose mit Durchbruch der Haut 1244.
— Mycosis fungoides im infiltrativen Stadium 1244.
— Mycosis fungoides 1277.
— Paget disease 1054.
— Plattenepithelkarzinom 1277.
— Syphilis tubero-ulcerosa 1053.
— L. u. Biach, M., Morbus Bowen 1427.
— — u. Fuhs, H., Kerion microsporicum 1572.
— — — — — Mikrosporie in Wien 1788.
— — — — — Röntgenhauttherapie 1760.
— — — Randak, A., Lymphogranulomatose, ulzeröse Formen 1025.
Asal, W., Kasuistik der Hautmyome 1196.
Askanazy, S., Technik der intravenösen Injektion 1324.
Audronik, Endemien von Hautleishmaniose in Rußland 1191.
Audry, Ch., Pagetsche Ostitis des Schädels, der Tibien, Induratio penis plastica, Albuminurie bei vielleicht kong. Lues 1549.
— — Zosteriforme Achromie, Melanoplasten, Nervenzellen? 1213.
Auler, H. s. Blumenthal.
Averinos s. Géniaux.
Awoki, T., Elastische Fasern, besonders der Haut, Pathologie 1618.
Axmann, Jenaer Quarzlampe 1130.
— Neue Bahnen der Lupusheilung 1261.
Ayres, S., Traubenzuckertoleranzreaktionen bei Ekzem 1450.

Babonneix, L., Kongenitale Syphilis des Nervensystems 1794.
— — u. Hutinel, J., Polyurie bei Gliom des Tuber cinereum 1556.
— — — Pollet, L., Tabes ohne Veränderung des Liquor 1823.
Baer, Theodor, Anetodermie der behaarten Kopfhaut 1018.
— — Livedo racemosa 1018.
— — Röntgenatrophie und Psoriasis 1018.
— — Sklerodermie en plaques 1018.
Baermann, G., Gebrauchsfertig gelöstes Salvarsan für die Tropen 1325.
Bagotzky, S., Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in den Sowjetstaaten 1756.
Baker, W. J., Quaddelprüfung bei Scharlach und Diphtherie nach intrakutaner Kochsalzinjektion 1253.
Balassa, B., Dermatitis herpetiformis Duhring 1540.
— — Tuberculosis cutis verrucosa 1541.
— — Urticaria pigmentosa 1539.
Balban, Onycholysis partialis 1242.
— Syringozystadenom 1242.
— Verrucae papillomatosae 1242.
Balbi, Cholesterinämie bei Lepra 1752.
Balog, L., Behandlung der Gonorrhoe des Mannes 1511.
Balzer, F., Keratoma oder Keratoderma punctiforme oder miliare und diffuse Keratodermie der Palmae und Plantae mit miliaren Keratomen 1213.
Banciu, A., Eigenschaften des Serums von mit leprösem Material geimpften Kaninchen 1260.
— — Lepröses Reagin Tieren injiziert 1792.
Bang, H., Knotenbildung am Haar 1544.
— — Nekrolog für Afzelius 1544.
— — Sekundäre Trichophytien bei morbilliformem Ausschlag 1544.
Barbé, A. s. Sézary.
Barber, H. W., Alopecia areata und Lupus erythematodes 1637.
— — — Generalisierter Lichen nitidus 1637.
— — — Lichen nitidus 1636.
— — — Persistierendes Erythema circinatum 1637.
— — — Schuppende Syphilis-Eruption? 1636.

Digitized by Google

Barfurth, W., Regeneration des Haarpigments 1770.
Barker, B., Tabes und aktive, tertiäre Hautsyphilis 1615.
Barmwater, K., Raynaudsche Gangrän bei Neugeborenen 1130.
Barnes, R. W., Einfluß der Skopolamin-Morphiumnarkose auf die Nierenfunktion 1759.
Barnett, A., Akute Zystitis 1757.
Barney, R. E., Pseudotuberkel durch Kaktusstachel: Lupus vulgaris, Lungen-, Kehlkopftuberkulose 1117.
Baron, L., Magrou, J. u. Valtis, J., Onychomykose durch Pityrosporum ovale 1221.
Barreau, P. s. Chevallier.
Barringer, B. S., Blasenkrebs durch Radium geheilt 1517.
Barth s. Bundt.
Barthélemie, R., Örtliche Störungen bei intramuskulärer Einspritzung unlöslicher Wismutpräparate 1875.
Barzilais, G. u. Kauders, Unübertragbarkeit alter Impfmalariastämme durch Anophelen 1430.
Bassère s. Roger.
Bauer, F., Röntgenbestrahlung von Entzündungen 1704.
v. Baumgarten, P., Entzündung, Thrombose, Embolie, Metastase 1027.
Baylis, A. B., Sheplar, A. E. u. McNeal, W. J., Vernessche Ausflockungsreaktion 1692.
Bay-Smith, E., Gonorrhoe-Epidemie auf Grönland 1544.
Bazy, P., Impermeable Harnröhrenstrikturen. Zum Artikel von Jungano 1814.
Bechtle, Ulcus-cruris-Therapie 1197.
Becker, S. W., Dermatitis in Verbindung mit Erkrankung oder Verletzung peripherer Nerven 1691.
Béclère, M., Postoperative Präventivröntgentherapie des Brustkrebses 1218.
Bedson, Ph., Wirkung der Milzexstirpation bei experimenteller Purpura 1131.
Behring, Malariabehandlung im Frühstadium der Syphilis des Zentralnervensystems 1011. 1829.
— F. u. Hemmesheimer, A., Neues Prinzip kolloidaler Verbindungen bei der Behandlung der Syphilis 1481.
Beinhauer, L. G., Urticaria solaris 1690.
— — — u. Jacob, F. M., Absorption und therapeutischer Wert einiger Wismutpräparate 1637.
Bejarano, J. s. Martin.
Belgodère, G., Ionisierende Wirkung des Wismuts 1757.
Belding, D. L., WR, Blutserum von graviden Frauen 1484.
— — — WR, Wirkung des Wismuts bei salvarsanresistenten Kranken 1852.
— — — Wirkung des Sulfarsphenamins auf die WR 1611.
— — — u. Hunter, J. L., Einfluß von Rasse und Nationalität auf das Ergebnis der WR 1484.
De Bella, Formeln für injizierbare Bi-Präparate 1755.
Bellanger, H., Harnröhrenstriktur infolge Verätzung mit Giftgas 1723.
Benedek, Erythema multiforme syphiliticum 1475.
— Leukokeratosis glandis penis verrucosa 1474.
*— T., Leukokeratosis glandis penis verrucosa et simplex 1135, 1178.
— — Technik der intravenösen Injektion 1701.
— L. u. Kulcsár, Fr., Patellarreflex-Tabes 1313.
Benjaminowitsch, Lagerungsanomalien des Nebenhodens 1873.
— Roseola granulata 1695.
Benon, R., Blennorrhoe und Hypochondrie 1875.
*von Berde, Karl, Von der Oppenheimschen Tartarusbehandlung der Mikrosporiasis 1263.
ten Berge, B. S., Ein neuer Gefriertisch 1064.
Bergel, S., Syphilis im Lichte neuer experimentell-biologischer und immuntherapeutischer Untersuchungen 1487.
Berger, Z., Erfahrungen mit Bismosalvan 1827.
Bernadet, G., Intraurethrale Papillome 1055.
— — Nierentuberkulose 1055.
Bernard, R. u. Ruelle, G., Behandlung der Syphilis und Kontrolle des Liquor 1755.
Bernheim, E. Syphilis-Ikterus-Salvarsan 1822.
Bernstein, Lichen planus et verrucosus 1019.
— Röntgenschädigung mit Atrophie und Teleangiektasien 1019.
— Tubero-ulzero-serpiginöses Syphilid oder Kankroid 1019.
Bernucci, Kapillaroskopie 1753.
— Luetische Paraplegie mit letalem Ausgang 1755.
Bertaccini, G., Endokrine und sympathische Veränderungen in der Ätiologie einiger Hautkrankheiten 1088, 1755.

Digitized by Google

Bertaccini, G., Onychodystrophie bei einem heredoluetischen Individuum 1286.
Bescht, E., Technik der Subokzipitalpunktion 1321.
Bessau, Immunbiologie der Tuberkulose. I. Tuberkulinempfindlichkeit und Tuberkuloseschutz. II. Tuberkulin-Diagnostik und Therapie 1280, 1281.
Bettmann, Prurigo 1150.
Beutel, G. P., Conjunctivitis blennorrhoica 1758.
Bezançon, Fernand 1878.
Biach, M. s. Arzt.
Biberstein, H. u. Fischer, M., Erythema-nodosum-ähnliches gutartig verlaufendes Pyämid 1576.
Bieling, R., Aktive Immunisierung unterernährter Tiere 1878.
Bier, A., Wie sollen wir uns zur Homöopathie stellen? 1699.
Bilderback, J. B., Akrodynie 1153.
Bilger, F., Epidurale Anästhesie in der Chirurgie der Harnwege 1054.
Binswanger, O., Pathologie und Pathogenese der Paralyse 1824.
Birkholz, Angina Plaut-Vincenti 1220.
Bith s. Ravaut.
Bito, F. s. Kosaka.
Bittmann, O., Teerkarzinom an Kaninchenohren 1769.
Bizard, L., Alopecia areata, Behandlung mit ultravioletten Strahlen 1546.
— — u. Jolivet, L., Syphilis mit positiver WR ohne Erscheinungen ansteckend? 1548.
Bizzozero, Experimentalkrebs der Haut 1751.
— Gitterfasern bei Syphilis, Hauttuberkulose und Lepra 1753.
Blair, R., Tödliche Verletzung der Vagina 1558.
Blaisdell, Harper, J., Dermatologie an der Hand von Fällen 1119, 1482.
— J. H., Dermatologie an der Hand von Fällen 1757, 1759, 1760.
Blamoutier, P. s. Vallery.
Blanc, H., Pseudozystisches Prostatakarzinom 1816.
— — Pyurie bei Prostatikern 1815.
— — u. Negro, M., Syphilis der Blase 1815.
Bland, P., Chirurgische Verletzungen des Ureters 1556.
Blasi, A. C., Herpes gestationis 1088.
Blatt, P., Nierentuberkulose 1607.
*Bleyer, Karl, Erysipelbehandlung mit Streptoyatren 1800.
Bloch, Ausgedehnte Xanthomatose mit Diabetes und Lues 1278.
— der funktionell-experimentelle Gedanke in der Dermatologie 1070.
Bloch, Lupus erythematodes kombiniert mit Atrophia cutis maculosa und Acrodermatitis atrophicans 1278.
— Lupus pernio 1278.
— Mycosis fungoides 1278.
— J. s. Géber.
— — u. Löwenstein, G., Handbuch der Sexualwissenschaften; die Prostitution 1549.
— Winkler, Heller, Berufsdermatosen 1277.
Blotevogel, W., Der vitale Farbstofftransport während der Zahnentwicklung 1860.
Blum, V., Physiologie und Pathologie des Harnleiters 1148.
— P. u. Clément, R., WR beim „Sodoku" 1157.
Blumenfeld, Annie† 1158.
Blumental, M. s. Sarateanu.
Blumenthal, F., u. Auler, H., Entstehung einer bösartigen Plattenepithelgeschwulst nach Impfung mit Bakterienstamm P.M. 1769.
Boas, Aktive Syphilis mit positiver WR 50 Jahre nach der Infektion 1543.
— H., Behandlungsresultate bei kongenitaler Syphilis 1323.
— Blennorrhoische Hyperkeratosen 1543.
— H., Flockungsreaktion von Kahn 1023.
— — Kahnsche Reaktion 1318.
— Salvarsanexanthem 1544.
Bodin, E., Reinokulation von Pustula maligna; Heilung durch Serum 1549.
Boeckel, A. u. Oberling, Ch., Tuberkulose der Harnwege 1055.
Bommer, S., Neutralsalzreaktionen an der Haut 1860.
Bonnefous, R. u. Valdiguié, A., Lipomatose und Hypercholesterinämie 1085.
Bonnet, L.-M., Syphilisansteckung unter der Geburt 1283.
Bortini, E., Röntgenologischer Nachweis eines Blasentumors 1149.
Bory, L., Chromatophile Körperchen im Mikroschanker 1248.
— — Zur verborgenen Syphilis der Frau; Nachweis der Keimträgerinnen 1248.
Bosellini, P. L., Bowensche Krankheit 1853.
— Favus in den ersten Lebenstagen 1222.
Botcharoff, Seltene Lokalisation des harten Schankers 1847.
Boucher, Eine Affektion von phemphigoidem Verlaufe 1641.
Bourgeois, Pierre s. Gilbert-Dreyfus.
— P. s. Weil.

Digitized by Google

Boutelier, A., Erythematosquamöse Eruption um die Haare bei kongenitaler Syphilis im Verlaufe einer Salvarsankur 1057.
— — Verfärbungen der Haut im Anschluß an Salvarsanbehandlung 1118.
Brack, E., Harnröhrenmißbildung und perineale Phlegmone 1832.
Bragin, Lokale WR bei Syphilis 1449.
Brahn, P., Das melanotische Pigment 1194.
Bralez, J. s. Simon.
v. Bramann, C. s. Hahn.
*Brandes, K., Gonorrhoischer Abszeß im Bizeps ohne sonstige gonorrhoische Erscheinungen 1867.
*— Konrad, Verrucae vulgares und Condylomata acuminata 1584, 1628.
Breda, Kraurosis vulvae und Karzinom der Klitorisgegend nach 14 Jahren Sclerodermia guttata 1752.
Breinl, F., Immunität bei Erkrankungen mit ultravisiblem Erreger 1256.
Breit, Acne urticata 1606.
— Angiokeratom 1606.
— Zirkumskripte streifenförmige Sklerodermie 1606.
Brelet, M., Erythema nodosum 1133.
Breuer, M. J., Standardmethode in der Zubereitung der kolloidalen Goldsollösung 1638.
Bresciani, G., Seltene Onychomykosen 1820.
Brieger, E. u. Landau, W., Einfluß von Papelsubstanzen auf Tuberkulin 1712.
Brill, experimentelle Prüfungen des vegetativen Nervensystems beim Ekzem 1479.
— Vegetierendes, keratotisch und exsudativ entartetes Ekzem 1475.
Brisotto, Behandlung der Syphilis des inneren Ohres 1755.
Bourret, M., Ätiologie der seborrhoischen Krankheiten 1762.
Broca, Jules s. Géniaux.
Bronner, W., Aufgaben zur Bekämpfung der Syphilis auf dem Lande 1616.
— Bekämpfung der Dorfsyphilis 1191.
— Bekämpfung der Prostitution 1192.
Broustet, P. s. Dubreuilh.
Brown, M., Röntgenbehandlung verschiedener Hautkrankheiten 1611.
— W. H., Fraktionierte Methode der Magenuntersuchung bei Hautkrankheiten 1485.
— H. s. Klauder.
— — — Schamberg.
— P., Empfindlichkeit gegen Heftpflaster 1691.
— C. P. s. Strickler.
Bruck, C., Akromegaler Wuchs und Cutis gyrata 1605.
— Fox-Fordycesche Krankheit 1605.
— Melanodermie 1605.
— Schwarze Haarzunge 1605.
— C., Enorme Wismutüberdosierung ohne schädliche Folgen 1023.
*— Carl, Goldbehandlung bei menschlicher Tuberkulose 1460.
— C., Neue Wege für die Serodiagnose der Lues 1119.
— — Rezepttaschenbuch für Dermatologen 1027.
Bruhns, Erythema chronicum migrans 1443.
— C., Impetigo herpetiformis bei nichtgraviden Frauen und bei Männern 1424.
— Sklerodermie 1443.
— Urticaria pigmentosa 1443.
— C. u. Picard, H., Syphilisbehandlung mit Spirocid und Stovarsol 1384.
Brummer, Permeabilitätsverminderung von Zellmembranen nach Röntgenbestrahlung 1603.
Brun, Erythema migrans 1018.
— Urticaria pigmentosa 1018.
Brünauer, St. R., Granuloma fungoides der Haut und inneren Organe; Übertragung auf Meerschweinchen 1615.
— — — Schleimhautveränderungen bei Morbus Darier und über ihre Pathogenese 1614.
Brunner, Theodor, Fortschritte der endolumbalen Behandlung der Paralyse 1828.
Bruusgard, E. u. Thjötta, Generalisierte, gonorrhoische Infektion, Meningitis und Purpura gonorrhoica 1116, 1615.
Brytscheff u. Lipskerow, Russisches Präparat Silbernovarsolan 1190.
Bucky, Oberflächentherapie mit überweichen Strahlen 1704.
— G. u. Müller, E. F., Strahlende Energie, Haut und autonomes Nervensystem 1618.
Bucura, C., Vakzinetherapie in der Gynäkologie 1494.
Bundt u. Barth, Seltener Weg der Milzbrandinfektion 1155.
— H. A. u. Kirby, G. H., Malariabehandlung der Paralyse 1429.
— — — — — — — Malariabehandlung der Paralyse; Höhe und Dauer des Fiebers und klinische Ergebnisse 1430.
Buquicchio, Akute, nicht venerische Geschwüre der äußeren weiblichen Genitalien 1752.
— Ponndorfsche Impfung 1754.
Burchard, Erfahrungen mit Ponndorf-Impfungen 1283.

Digitized by Google

Bürgers, Th. J., Ätiologie des Scharlachs 1252.
— — — Die Tuberkulose 1855.
Burkart, F., Verhalten bei Fehleinspritzung von Salvarsan 1324.
Burke, E. T., Bismut bei Syphilis 1087.
— — — Kritisches Referat über Syphilis 1448.
Burky, E. L. s. Ketron.
Burnier u. Rejsek, Halskiemenfistel 1642.
— — — Multiple Fibrome am Hals 1642.
Buschke, A., Bowensche Krankheit am Penis 1444.
— Eigenartiger Haarwuchs 1444.
— A., Hodengangrän 1554.
— Melanose 1444.
— Serpiginöses papulopustulöses Tuberkulid 1443.
— Spätsyphilitische Ulzerationen 1444.
— A., Salvarsanschädigungen, Prophylaxe und Behandlung 1326.
— Vererbungsverhältnisse bei Kreuzung zwischen Zulukaffer und deutscher, blonder Frau 1444.
— Verwachsung der Eiheute mit der Haut 1444.
— A. u. Gumpert, Papillen an der Corona glandis, vergleichende Anatomie und Ethnologie 1617.
— — — Langer, E., Kasuistik seltener Fälle von Gonorrhoe, Ulcus molle und Ulcus pseudovenerum beim Kinde 1785.
— — — Leissner, O., Behandlung resistenter syphilitischer Ulzerationen mit Pyrogallussäure 1322.
*— — — Ollendorf, Helene, Pemphigus vulgaris und Veränderungen im Nervensystem 1591.
— — — Sklarz, E., Histologische Befunde an der mit überweichen Röntstrahlen behandelten Haut 1704.
— — Jacobsohn, F. u. Klopstock, E., Wesen der oligodynamischen, antibakteriellen Metallwirkung 1700.
Bussalai, L., Die subkutanen Sarkoide Darier-Roussys 1820.
Busson, B. u. Ogata, N., Menschliche Idiosynkrasie und tierexperimentelle Anaphylaxie 1066.
Butka, H. E., Ungewöhnlich frühzeitige Metastase in einer Achsellymphydrüse bei Brustkrebs 1768.
Butts, D. C. A., Rolle des Elektrons bei der Röntgen- und Radiumbehandlung 1122.

Cabarelli Cristoforo 1770.
Caldwell, D. W. s. Mellon.
Callenberg, J., Pyotropinbehandlung beim Lupus 1261.
Campani, A., Infektionsweg der Lungentuberkulose durch die Haut 1262.
Canon, Konservative Behandlung der Furunkel 1764.
Cappelli, Experimentelle Superinfektion mit Syphilis 1755.
— Untersuchung anscheinend gesunder Haut bei Lupus vulg., L. eryth., Pyodermie 1753.
Caridroit s. Pegard.
Carillon s. Corret.
Carle, Bukkale Blennorrhoe 1875.
Carol, Adiponecrosis subcutanea neonatorum 1784.
— Tuberculosis cutis indurativa disseminata 1784.
Carminow Doble, F., Epithelioma adenoides cysticum 1061.
— — — Tuberculosis cutis 1061.
Carnot, P., Glénard, R. u. Gruzewska, Z., Vitalfärbung mit Neutralrot als Indikator für den Ionengehalt der lebenden Organe 1618.
Carson, W. J., Gangrän der Blase 1551.
Carter, F. R., Kongenitale Lues 1120.
Case, J. T., Bestrahlungsbehandlung der malignen Geschwülste 1123.
Cassirer, Richard 1558.
Cassuto, A., Kalorimetrische Untersuchungen der Nierenfunktion 1608.
Castagnol s. Payennevillo.
Castle, W. F., Hautempfindlichkeit gegen Sonnenlicht, Peptoninjektionen 1449.
Cavina, Plastisch-chirurgischer Verschluß von Gaumendefekten 1754.
Cazenave, E. s. Frèche.
Chabrun s. Hudelo.
Chantraine, H. u. Marum, G., Gleichspannungsmaschine und Siemens-Meßgerät 1128.
Charles, A., Behandlung der chronischen Urethritis anterior mit Salben 1758.
Chatellier, L., Impfung und Impfzoster auf dem der Impfung entsprechenden Hautbezirk 1549.
— — Lupus des Säuglings 1215.
— — Perniziöse Anämie und Syphilis 1849.
Chaussé, D. s. Dubreuilh.
Cheng-Honan, Mingchen, Statistik der Luesbehandlung; tertiäre Lues der Berliner Prostituierten 1577.
Chetwood, C. H., Stenose des Blasenhalses 1759.
Chevallier, P., Epidemie von Pityriasis rosea 1642.
— — u. Barreau, P., Nichteitrige, venerische Leistendrüsenentzündung 1248.

Digitized by Google

Chow, Yan, Varizellen der Bindehaut 1257.
Christen, R., Primärer Krebs der männlichen Harnröhre 1722.
Cibert, J. s. Gayet.
Citron, J. u. Hirschfeld, H., Hämorrhagische Diathesen und aplastische Anämie bei Luesbehandlung 1826.
Civatte, A., Ekzem und Ekzematide 1689.
Clasen, E., Varizen-Ulcus cruris und seine Behandlung 1513.
Clément, R. s. Blum.
Le Clerc-Dandoy 1558.
Cockayne, E. A. s. McCormac.
Cody, B. A., Spermatozoenbildung bei Meerschweinchen. 1555.
Cofield, B. u. Little, C. F., Syphilitische Spondylitis 1309.
Cohen, G. s. Siemens.
Cohn, A. u. Gräfenberg, E., Bedeutung der Komplementfixationsmethode für die Diagnostik der Gonorrhoe 1489.
— H., Entwicklung der Silbersalztherapie bei Gonorrhoe 1479.
Cole, H. N., Röntgenstrahlen-Dermatosen durch Beruf 1126.
Collier, W. A. u. Evers, E., Wirkung des Stovarsols bei experimenteller Kaninchensyphilis und Trypanosomeninfektion 1546.
Conner, H. M. s. O'Leary.
Copelli, Atoxische, antiblennorrhoische Vakzine 1753.
Corbitt, H. B. s. Myers.
Corbus, B. C., Diathermie in der Urologie, bes. zur Behandlung der Prostatakarzinome 1553.
Cornes, G., Wismut bei Syphilis 1387.
Cornwall, L. H. u. Myers, C. N., Klinische und biologische Studie über Neurosyphilis 1638.
Correa, L. M. s. Roffo.
Corret u. Carillon, Canities 1250.
de Courmelles, F., Wie wirken Bestrahlungen? 1121.
Cramer, Über Suprajoden 1092.
— H. u. Kalkbrenner, H., Röntgenbestrahlung von Entzündungen 1705.
Creyssel, J. s. Delore.
Criado, F., Neurosifilis postbismutica 1024.
Crooks, T. T., Schicksche Reaktion und Toxin-Intitoxinimmunisierung 1255.
Crosti, Akute Geschwüre auf weiblichen Genitalien 1752.
— A., Glykämie bei Syphilitikern 1089, 1755.
Crutchfield, E. D., Dermatitis durch den „Portuguese Man of War" 1691.
Cukov, N., Bakterienflora und Chemismus der Vagina 1577.
Culver, G. D. s. Montgomery.
Cumberbatch, E. P. u. Robinson, S. A., Diathermiebehandlung des Trippers 1447.
Cutler, G. D., Lipom der Schädelhaut 1196.
Czepa, A., Kein Röntgenkater mehr! Bemerkung zur Arbeit Zweifel 1704.
Czickeli, H., Tuberkulinisierungsmethoden zu diagnostischen Zwecken 1282.

Dagnault, Thomas Joseph Valliere † 1558.
*Dahlmann, Fritz, Lokale, erworbene Hypertrichosis über einem Knochengumma 1290.
— F. s. Fuss.
Danel, L., Syphilitischer Schanker der Fossa intraspinata 1756.
— — Tertiär-syphilitisches Erythem 1058.
Danforth, C. H., Haarstudien, besonders über Hypertrichose 1245, 1450, 1611, 1691, 1853.
Danilewsky, B., Prichodkowa, E. K. u. Sczawinskaja, S. E., Wirkung des Spermols und Ovarins auf das isolierte Herz 1515.
Danin, Neues Hilfsmittel zur Diagnose der weiblichen Gonorrhoe 1830.
Dannhauser, A., Verträglichkeit verschiedener Wismutpräparate bei Nervensyphilis 1388.
Darget, Raymond, Chronische Entzündungen der Prostata und ihre Behandlung 1856.
Darier, J., Bemerkungen über die Dyskeratose, besonders bei der Pagetschen Krankheit 1058.
Dautwitz, F., Empfindlichkeit des Karzinoms auf Radiumbestrahlung bei mangelhafter Sensibilität gegen Röntgenstrahlen 1218.
Davidson, J. s. Turner.
— T. W., Malariabehandlung der Paralyse 1429.
Davis, E., Irrtümliche Einspritzung von Natronlauge in die Harnröhre 1516.
— H., Späte Pigmentierung nach Röntgenbehandlung 1635.
Day, R. V. u. Martin, H. W., Blasendivertikel 1551.
— — — — — — Urologische Regeln für Praktikanten 1482.
Dean, A. L., Behandlung der Hodenteratome mit Radium- und Röntgenstrahlen 1554.
Decamps, N. s. Dujardin.
Deist, H., Behandlung der Lues der Phthisiker 1826.

Digitized by Google

Delamare, G., Eparsenotherapie der Lepra 1260.
— — u. Achituov, Messung der Windungshöhe der Spirochäten 1313.
Delbanco, E., Bowensche Krankheit 1571.
— Chronisch ulzerierte Röntgendermatitis 1571.
— Einwirkung des elektrischen Stromes auf Epithel- und Krebszelle 1603.
— Fox-Fordycesche Krankheit 1571.
— E., Fox-Fordycesche Krankheit 1196.
— Keratoma dissipat. palmare et plantare 1571.
— Pagetsche Krankheit 1571.
— Priapismus 1571.
— Schnell wachsender, pigmentöser Riesennävus 1571.
— Zentral abblassendes, peripher weiterschreitendes Erythem 1571.
Dellinger, J., Hodentumoren, Epididymitis vortäuschend 1554.
Delore, H., de Rougemont u. Creyssel, Kombiniertes Vorgehen bei Prostatektomie (hypogastrisch und perineal) 1814.
*v. Deschwanden, Josef, Verlängerung der Blutgerinnungszeit bei Dermatosen, spez. beim konstitutionellen Ekzem 1499.
*Deussen, E., Zur Kenntnis des Bruchkrautes 1374.
Devoto, A., Sklerodaktylie 1820.
Dick, G. F. u. Dick, G. H., Methode zur Erkennung der Scharlachstreptokokken 1253.
— — — — — — — — Therapeutische Erfolge mit Scharlachantitoxin 1254.
— B., Karzinomentwicklung bei Lupus erythematodes 1546.
Dieper, E., Schnellmethode nach Sachs, Klopstock und Ohashi 1320.
Dietel, F., Hautblutungen und Geschwüre bei Gonorrhoe 1190.
— — Leukozytensturz nach intrakutaner Injektion 1427.
— — Methode zu sofortiger Behandlung von Salvarsaninfiltraten 1324.
Dind, Ekzem und Säugling 1278.
Diot s. Jausion.
Djoritch, M., Generalisierte Neurofibromatosis mit Pigmentbildung 1849.
Doble, F. C., Säurewert des Urins bei Haut- und anderen Krankheiten 1152.
Doerr, R., Neuere Forschungen über Herpes simplex und zoster 1133.
Dogali, M., Heilung der Impetigo herbetiformis mit Nabelschnurserum 1764.
Dohi, K. u. Watanabe, K., Periarteriitis nodosa 1215.
— Sh., Auf syphilitischer Erkrankung des vegetativen Nervensystems beruhende Leukomelanodermie 1816.
Donat, J., Friedheim usw., Diagnostisch-therapeutisches Vademekum 1551.
Donges, Ätiologie der Masern 1255.
Dore, S. E., Purpura annularis teleangiectodes 1449.
Doré s. Mock.
Dostrowsky, A., Leishmaniaherd in Palästina 1157.
*Dostrovsky, Wesen und Behandlung des Ulcus rodens 1674.
Dowling, G. B., Adenoma sebaceum 1637.
— G. W., Pseudo-Pelade und Lichen plano-pilaris 1636.
— — — Sarkoid? 1636.
— G. B., Urticaria pigmentosa 1636.
Draganesco s. Marinesco.
Drake, J. A., Aleukämische Leukämie mit zahlreichen Hautgeschwülsten 1874.
Draper, G., Zehnjährige Beobachtung von behandelten Fällen von Zerebrospinalsyphilis 1322.
Dreyfuß, Kindliche Prostitution innerhalb der Familie 1582.
Drouet, G., Bester Weg der Einführung von Vakzinen 1066.
Drueck, C. J., Syphilis des Anus und Rektums 1311.
Dubreuilh, W. u. Broustet, P., Behandlung des weichen Schankers mit Nicollescher Vakzine 1248.
— — u. Chaussé, D., Röntgenulkus 1211.
Ducourtioux s. Ravaut.
Dujardin, B. u. Decamps, N., Giftbindende Tätigkeit der Haut 1818.
Duke, W. W., Physikalische Allergie 1643.
Dunbar, J., Injektionsbehandlung bei Varizen 1131.
Durand, P. s. Nicolle.
Durupt s. Noguès.
Dryer, H. V. u. Klinkerfuß, G. H., Dermatitis gangraenosa infantum 1118.

Eastmann, J., Transplantationen bei Verbrennung der Augenlider und des Gesichts 1130.
Ebers, Norbert, Eigenblutunterspritzungen 1154.
*Ebstein, Erich, Etymologie der Alopezie 1461.
Eckstein, A., Grundlagen der Bestrahlungstherapie mit natürlichen und künstlichen Lichtquellen 1706.
Eddlemann, C. L., Physiologie der unteren Abschnitte des Harngenitaltraktus 1482.
Edel, K., Erythrodermia ichthyosiformis (Brocq) 1783.

Digitized by Google

Efron, N., Nebenwirkungen der Salvarsanpräparate 1382.
— u. Grshebin, Bedeutung der Veränderungen des Liquor in den verschiedenen Perioden der Syphilis 1871.
Egyedi, D., Gonorrhoe der Harnwege und ihre Behandlung 1507.
Ehrich, W. S., Angeborenes Hindernis an der urethralen Blasenöffnung 1833.
Ehrmann, S., Entzündungen an den Ansätzen gewisser Muskeln und über Diabetes insipidus bei Syphilis 1311.
— — Kombinierte Licht-Arsen-Therapie bei Pityriasis lichenoides chronica 1785.
— — u. Falkenstein, Fritz, Dermatitis atrophicans und ihre pseudo-sklerodermischen Formen 1575.
Eichenlaub, F. J., Klinische Bedeutung einiger Hautkrankheiten 1611.
Eisner, E., Fehlschläge bei der Behandlung der Syphilis mit Wismutpräparaten 1388.
Eldridge, W. W., Malariabehandlung der Paralyse 1430.
Elian, Zunahme der Dorfsyphilis 1192.
Eliascheff, O., Dermatitis chronica atrophicans 1249.
Eliassow, Ichthyosis congenita 1020.
— Xeroderma pigmentosum 1020.
Emmel, L. s. Alexander.
Engman, M. F., Hautkrebs 1216.
— — — u. Weiss, R. S., Erythemgruppe der Hautkrankheiten 1852.
Epplen, E., WR bei 1650 Fällen ohne Rücksicht auf die Anamnese 1639.
Epstein, B. u. Heller, F., Die biologischen Reaktionen nach unspezifischen Seruminjektionen im frühesten Säuglingsalter 1645.
Erasmi, Zinnoberdermatitis 1607.
Erdmann, Rh., Karzinomstudien II. 1218.
Erhardt, W. s. Schittenhelm.
Erhart, F., Akute Gewerbedermatitis 1425.
Erös, G., Dopareaktion — Melaninherkunftsbestimmung 1194.
Esau, Schweinerotlauf beim Menschen 1764.
Eskuchen, Pathogenese, Diagnose, Therapie der Pollinosen 1133.
Etienne, G., Mathieu, L. u. Verain, M., Spät aufgetretene chronische Meningitis bei kongenitaler Syphilis 1250.
Evans, R. C. T., Herpes zoster und Varizellen, gleichzeitiges Auftreten 1134.
Evers, E. s. Collier.
Eyre, J. W. H., Vakzinebehandlung des Trippers 1853.
Eytel, Behandlung der Streptokokkeninfektionen 1764.
*Fabry, Joh., Blastomycosis superficialis crosiva 1071.
*— — Diagnose und Behandlung des Lupus erythematodes 1707.
Fahr, Th., Die Haut unter dem Einfluß der Röntgenstrahlen 1124.
Fahrbach, H. J., Allgemeine Betrachtungen über Gonorrhoe 1482.
Falchi, Behandlungsresultate der Nervenlues mit Bi-Präparaten 1755.
— Onychomykose 1754.
Falkenstein, Fritz s. Ehrmann.
— S. H., Kindliches Sexualleben 1579.
Fantl, P. s. Urbach.
Farbach, H. J., Tuberkulöse Zystitis 1757.
Farber u. Schulmann, Senkungsgeschwindigkeit der roten Bl.-K. bei Syphilis 1873.
Fasal, H., Atypische Urtikariaformen 1426.
Favre, Zu einer Mitteilung von Chevallier u. Barreau: Nichtvenerische Inguinaldrüsenentzündung (nichteitrige Form der Nicolas-Durandschen Krankheit) 1692.
Feld, Neues Mittel gegen Hyperhidrosis 1090.
Feldmann, A., Leukoderma solare 1872.
— — u. Waissmann, D., Dystrophie der Augen infolge Erbsyphilis 1847.
— S., Gegenwärtiger Stand einiger häufiger Dermatosen 1617.
— V., Pigmentation nach Salvarsan-Wismut 1850.
Felugo, C., Intravenöse Brombehandlung von Dermatosen 1821.
Fenyö, J. s. Sellei.
Fernau, A., Mechanismus der Strahlenwirkung im Gewebe 1122.
Fernbach, H. u. Hässler, E., Antikörperbildung in der Haut 1877.
Ferrand, F. s. Lafay.
Ferroux, R. s. Jolly.
Findlay, G. M., Teerkarzinom 1769.
Finger, E., Persönliche Prophylaxe und Abortivbehandlung bei Geschlechtskrankheiten 1858.
Finkelstein, Ch., Lupus vulgaris in Litauen 1792.
— J., Augenblicklicher Stand der experimentellen Syphilis 1695.
— Jul., Nekrolog auf v. Wassermann 1190.
— J., Standardisierung der WR in Westeuropa und Rußland 1191.
— — u. Togunow, Einheitliche Bestimmung über die Ausführung der WR in Rußland 1873.

Digitized by Google

Finsen, H. C., Amerikanische Leishmaniose 1545.
—— — — Fremdkörper in der Haut 1545.
—— — — Fox-Fordycesche Krankheit 1545.
—— — — Favus bei Mutter und Kind 1544.
—— — — S., Fox-Fordycesche Krankheit 1784.
Fiocco, Epilierende Aktion des Thallium 1752.
— Seltene Trichophyton-Varietät 1754.
Fischer, Martin s. Biberstein.
— O., Neues Verfahren zur Injiktion und Blutentnahme 1092.
— A. u. Kiaer, S., Zwei Jahre alte Reinkultur von Bindegewebszellen 1063.
Fischl, F., Karzinomerzeugung mittels Indol 1614.
Fisher, D. u. Mensing, Ungewöhnliche Komplikation nach Varixoperation 1729.
Flamm, St., Eigentümliches Krankheitsbild an der Haut der Fingerkuppen 1542.
Flarer, Endokrino-sympathisches System bei Vitiligo 1755.
Fleisher, M. S. u. Wachowiak, M., Monilia als möglicher ätiologischer Faktor bei Psoriasis 1611.
Foerster, H. R., Polyneuritischer Erythroedem 1690.
da Fonseca, O., Neue Dermatomykose in Indien 1221.
Fontaine, R. F. s. Leriche.
Fontana, Färbung der Mikroorganismen mit der Methode Fontana-Krantz 1752.
*Fordyce, J. A.† Müller 1682.
— J. A., Rosen, J. u. Myers, C. N., Quantitative Studien bei Syphilis; Lokalisation und Schicksal des Sulfarsphenamins in den Eingeweiden, sein Eindringen in das Zentralnervensystem nach intrasenöser Applikation bei Ratten 1482.
Forgan, R., Fortgesetzte Behandlung der Lues während der Gravidität 1321.
Fornara, P. s. Artom.
Förtig 1198.
Fouquet u. Machtou, Hauterscheinungen im Verlaufe von Behandlung mit Wismut allein oder mit Hg zusammen 1693.
— — — Intoleranzerscheinungen bei intravenöser Hg-zyanürbehandlung 1693.
Fowlkes, R. W. s. Fox.
Fox, H. u. Fowlkes, R. W., Mikrosporie des Kopfes bei Erwachsenen 1245.
— J. C., Gildersleeve, G. H. u. Preston, J. F., Wert des Flumerins in der Behandlung der Syphilis 1611.
Fraenkel, E., Luftröhrensyphilis 1312.
Framm, W., Primäre Rhinitis — Gonorrhoica bei einem Neugeborenen 1490.
Franceschini, G. u. Nardi, G., Milben im Urin 1820.
Frank, E. R. W., Syphilis der Samenblase 1608.
— J. W., Wirkung sekundärer Röntgenstrahlen bei malignen Prozessen 1122.
Fraser, A. R., Granuloma inguinale 1453.
— — — Rupia: ein Fall von ungewöhnlicher Größe und Verteilung 1483.
— J. F., Mycosis fungoides, eine Abart des Lymphosarkoms 1244.
— A. R. s. Impey.
Frèche u. Cazenave, Trichophyton acuminatum 1849.
Frei, W., Gangrän an den Hinterfüßen von Kaninchen nach Schädigung des Nervus ischiadicus 1132.
*Freund, E., Dermatitis papillaris capillitii Kaposi oder Narbenbildung nach chron. Eiterung 1159.
— — Getreidekrätze 1755.
— — Kongenitale Haaranomalie 1753.
*Freund, Emanuel, Multiple Lippensklerosen 1434.
— F., Dermatitis herpetiformis Duhring 1241.
— — Livedo reticularis pigmentosa 1275.
— — Sclerodermia diffusa 1275.
— — Sclerodermie en plaques 1275.
— L., Neue Unterschiede der Kopf- und Kleiderlaus 1252.
Frey, J., Bismutbehandlung mit Protein kombiniert 1827.
v. **Frey**, M., Über den Kitzel 1062.
— — — Gibt es tiefe Druckempfindungen? 1062.
Friboes, W., Folliculitis und Perifolliculitis abscedens und suffodiens 1785.
— — Histopathologie der Hautkrankheiten 1251.
Fried, A., Moderne Erklärung der trockenen Schröpfköpfe 1092.
— — Technik der Subokzipitalpunktion 1321.
Friedel u. Haustein, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Dänemark 1617.
Friedheim s. Donat.
Friedländer, Sexuelle Abirrungen 1579.
Friedmann, Martin, Alibertsche Tinea amiantacea 1576.

Digitized by Google

Frisch, A. V., Tuberkulotoxischer Begriff 1281.
*Frommer, Benedykt, Ulcus vulvae acutum 1111.
Fronstein u. Saigràjeff, Duplikatur des Harnkanals 1191.
Fronstein, R. M. u. Saigràjeff, M. A., Duplikatur der Harnröhre 1516.
Frühwald, Blastomykose 1474.
— Neuere Präparate in der Behandlung der Syphilis und des Trippers 1479.
— R., Ergebnisse der experimentellen Syphilisforschung 1119, 1425.
— — Hautkrankheiten 1027.
*Frühwald, Richard, Urethritis gonorrhoica polyposa bei der Frau 1377.
— Trichostasis spinulosa 1474.
Frumkin, A. P., Röntgenographie der männlichen Harnröhre 1516.
Fuchs, F., Harnblasentumoren 1834.
Fuerst, K., Verminderung der Entzündungsbereitschaft durch Säurezufuhr. Wesen der entzündungshemmenden Atophanwirkung 1701.
*Funfack, Max, Sogenannte Prostatahypertrophie und ihre operative Behandlung 1299.
Fuhs, H., Atypische Psoriasis vulgaris palmaris et plantaris 1054.
— — Casus pro diagnosi. Naevus follicularis cysticus? 1017.
— — Ekzema scrofulosorum 1025.
— — Hypertrichose 1017.
— — Morbus Darier 1017.
— — Naevus multiplex Pringle 1424.
— Osteoperiostitis gummosa des Schädeldaches und ausgebreitete tuberoserpiginöse Syphilide 1244.
— Pemphigus foliaceus 1276.
— H., Pemphigus vegetans, strahlentherapeutische Beeinflußbarkeit 1026.
— — Pityriasis lichenoides 1276.
— — s. Arzt.
Le Fur, R., Urologie in der Praxis 1513.
Fuss, S. u. Dahlmann, F., Natriumthiosulfatbehandlung bei Salvarsandermatitis 1383.

Gabelow, Nebenwirkungen des Wismutsalyzylat 1147.
Gabriel, G., Verwendung der Gleichspannung im Therapiebetrieb durch Einbau von Kondensatoren 1128.
— — „Vorbestrahlung", ein Fehler exakter Röntgenstrahlendosierung 1704.
Gaillard, R., „Sodoku" durch Biß an der Ohrmuschel 1157.
Galewsky, Gehäufte Akne und Konekdonen im Gesicht bei Arbeitern in gewerblichen Betrieben 1474.
Galewsky, Lupus erythematodes, Krysolganbehandlung 1477.
— Tuberkulid beim Säugling 1474.
*— Zur Kenntnis der Alopecia areata 1327.
Gallavardin, L., Juvenile Angina pectoris kongenital syphilitischer Natur 1794.
Galli-Valerio, B., Untersuchungen über Lepra 1260.
Galliot, A., Eheliche Syphilis in abortiver Form bei der Frau 1247.
Ganzoni, Urticaria pigmentosa 1279.
Garrow, R. P., Para-Pocken 1258.
*Gassin s. Hodara.
Gastinel, E. s. Teissier.
Gastou u. Pontoizeau, Arsenreaktivierung der Syphilis: Wert für Diagnose, Prognose und Behandlung 1641.
— — Tissot, primärer, syphilitischer Ikterus 1115.
Gaté, J. s. Nicolas.
Gatewood, W. E., Syphilis der Verdauungsorgane 1310.
Gauvain s. Almore.
Gaviati, Gute Erfolge mit Reargon 1753.
Gawalowsky, K., Dyplasia pilorum thysaniformis s. proleptica 1509.
Gayet, G. u. Cibert, J., Blasendivertikel 1815.
v. Gaza, W., Aktivierung des Mesenchyms 1066.
Géber, J., Prophylaxe der Syphilis 1506, 1507.
— — u. Bloch, J., Schwefelinjektionen bei Acne vulgaris, Rosacea und Psoriasis vulgaris 1508.
Gelbjerg, G., Senkungsgeschwindigkeit des Blutes bei Lues congenita 1545.
Géniaux, H., Averinos, Broca, Syphilitischer, chronischer, deformierender, polyartikulärer Rheumatismus 1285.
Gernez, Ch., Kutane Impfung und Abwehrvorrichtung des Organismus 1644.
Gerstmann, J., Malariabehandlung der progressiven Paralyse 1512.
De Giacomo, Multiple Xanthome 1755.
Gibson, R., Tödlicher Fall von Lupus erythematodes mit Sektionsbefund 1485.
Giemsa, G., Über Gewöhnung der Spirochaete pallida an Wismut 1386.
Gilbert-Dreyfus u. Bourgeois, Pierre, Gelenksyphilis 1285.
Gilbert, R. u. Langworthy, Ungewöhnliches Abweichen in den Ergebnissen mit einfachen und cholesterinisierten Antigenen bei der Komplementfixation 1638.

Digitized by Google

Gilbert, G. u. Moore, A. C., Ergebnisse von 1638 Komplement-Fixationsuntersuchungen 1484.
Gildersleeve, G. H. s. Fox.
Gill, R. D. s. Smith.
Gins, H. A., Alastrim und Variola 1258.
— — — Epidemiologie der Pocken 1259.
Giordano, C., Veränderungen der Nieren bei der angeborenen Syphilis 1822.
Girauld s. Milian.
Glass, E. u. Krüger, E., Tintenstiftnekrose 1150.
Glasser, O., Herstellung und Verwendung hochkonzentrierter Radiumemanationspräparate 1705.
Glénard, R. s. Carnot.
Gnocchi, Komplementablenkung bei Blennorrhoe 1753.
Goeckermann, K. H., Merkwürdige Pigmentation der Haut 1194.
Golay, J. u. Starobinsky, A., Proteintherapie in der Dermatologie 1214.
Goldberg, B., Harnverhaltung bei Harnröhrenverengerungen 1608.
Goldenberg, L. u. Panisset, L., Experimentelle Untersuchung der Vakzine-Anaphylaxie 1066.
Goldscheider, Über tiefe Druckempfindungen 1620.
— u. Hahn, H., Dermographie 1619.
Goldschmied, Extragenitale Schanker 1696.
Gollmer, E. A., Keratosis rubra congenita (Rille) 1614.
Gollwitzer-Meier, Kl. s. Straub.
Gonin, René, WR und Vernes-R., Vergleich 1317.
Goodman, H., Fieber- und Malariabehandlung der Paralyse 1758.
— — Intravenöse Behandlung des Schankers mit Brechweinsteinlösung 1829.
— — Klinische Merkmale syphilitischer Exantheme 1637.
— — Malariabehandlung der Paralyse 1429.
— — Nach Engländern benannte Hautkrankheiten 1148.
Goresco, C. u. Popexoc, Spezifische Behandlung des Erysipels 1156.
*Görl, L. u. Voigt, L., Schwefel in der Gewebs- und Reiztherapie 1504.
Gortz, S., Karzinoma sebaceum 1217.
Gottschalk, Ch., Diagnose und Therapie der Mikrosporie 1788.
— — Variolaartiges Initialexanthem bei Typhus 1256.
Gougerot, H., Auffassung der Naevi als gutartige Neubildungen 1818.
— — Die lividen Geschwüre der Luetiker 1118.
— — Livide, luetische Gummata und Ulzerationen 1118.
Gougerot, H., Syphilitische, lipomatöse Gummata 1486.
— u. Blum, Purpura angiosclerotica pruriginosa mit lichenoiden Elementen 1247.
— — Jausion, Sporotrichose und Tuberkulose 1057.
— — Peyre, E., Diagnostische Bedeutung der Desmoulièreschen Reaktion 1245.
Gouin, J., Lichen planus, Röntgenbestrahlung des Sympathikus (Dorsal- und Sakrolumbalgegend) 1549.
Gräfenberg, E. s. Cohn.
Gräff, S., Bestimmung der Wasserstoffionenkonzentration im Gewebe 1861.
— — Kolorimetrischer Nachweis von Zelloxydase 1617.
Graham Little, E. G., Acne varioliformis 1637.
— — — — Akutes Sarkoid 1636.
— — — — Dermatitis arteficialis 1637.
— — — — Erythematoides benignes Epitheliom 1636.
— — — — Multiple Sarkoide 1637.
— — Pityriasis rubra 1637.
Grant, O., Gonorrhoe des Nebenhodens 1482.
Grätz, Fr., Experimentelle Kaninchensyphilis 1313.
Greenbaum, S. S., Favus des Augenlides 1222.
— — — s. Schamberg.
— — — u. Harkins, M. J., Immunität bei Herpes simplex, Infektiosität des Blutes und Liquors und Filtrierbarkeit des Virus 1611.
Griesbach, R., Neue Aktivmethode der WR 1319.
Grimberg, A., Spermakultur 1454.
— — s. Zadok.
Grinblatt, G. N., Bestimmung des Wismuts im Harn 1389.
Grintschar, Augenblickliche Ansicht über blennorrhoische Ausschläge 1849.
Groedel, F. M. u. Hubert, G., Sklerodermie nach Unfall 1196.
von Gröer u. Progulski, Bedeutung der kutanen Diagnostik der Überempfindlichkeitszustände 1065.
Groll, H., Experimentelle Untersuchungen über Entzündung 1068.
Grón, Fr. u. Thjótta, Th., Orchitis und Epididymitis durch Kolibazillen 1615.
Grouven, C. s. Kochmann.
Grshebin, Hystopathologische syphilitische Veränderungen nach Wismutbehandlung 1190.
— s. Efron.

Digitized by Google

Grshebin u. Minsker, Wert der verschiedenen Methoden der Liquoruntersuchung 1872.
Gruhzit, O. M., Mercurosal bei experimenteller Kaninchensyphilis 1245.
Grumach, L., Wismuttherapie 1613.
Grünblatt, Bestimmung des Wismuts im Urin und Behandlung des Lues 1191.
Grund, Adenoma sebaceum Pringle 1606.
— Favus 1606.
— Leukoplakie der Zunge 1606.
— Rizidiv nach Albert 102 und Hg 1606.
Grünzweig, B., Bemerkungen zum Aufsatz Weitgasser und Cafasso: Urticaria haemorrhagica menstrualis 1193.
Grusz, F., Immunitätserscheinungen bei spirochätogenen Erkrankungen 1507.
*Grütz, O., Eigenartige Form von Sporotrichose 1660, 1709.
Gruzewska, Z. s. Carnot.
Gueratovitch, M. s. Markovitch.
Guggenheim, J., Narben in der Konjunktiva bei Acrodermatitis chronica atrophicans 1196.
Guggisberg, H., Wachstum der Genitalorgane 1557.
Guibert s. Veyrières.
Guillaume, A. C., Durchströmung der Haut 1860.
— — — s. Lévy-Franckel.
Guillén, M., Lepra 1723.
Gumpert, M. s. Buschke.
*Guszmann, Josef, Einfluß der Jodalkalien auf die Syphilis, bes. die WR 1268.
v. Gutfeld, F. u. Meyer, G., Liquoruntersuchungen bei syphilitischen Kindern 1315.
Gutierrez, D., Juxtaartikuläre Knötchen 1691.
Gutmann, C., Fall zur Diagnose 1014.
— — Morbus Darier abortivus 1015.
— — Naevus elasticus (Lewandowsky) 1015.
— — Syringome 1014.
— — Xanthoma planum et tuberosum 1015.
Gutstein, M., Ektoplasma der Bakterien 1620, 1621.
Guy, W. H. u. Jacob, F. M., Epidermophytosis als Folge einer Impfung 1691.
György, P., Herpes bei Meningokokkenmeningitis 1730.
— — Unspezifische Faktoren der tuberkulösen Hautallergie 1281.

Hababou, J., Züchtung des Streptobazillus und Vakzinebereitung 1453.
— — Neue Untersuchungen über den Streptobazillus 1250.
Habermann, R., Akut verlaufende, nekrotisierende Unterart der Pityriasis lichenoides 1787.
Hach, F. W., Gewebskulturen beim Studium des Vakzinevirus 1259.
Hachez, E., Intramuskuläre oder intravenöse Wismutinjektionen? 1388.
Haebler, H., Anatomie und Physiologie des Nierenbeckens 1607.
Haenelt, M., Perkutane Resorzinvergiftung 1094.
*Hagen, Ferdinand, Kuhmilchinjektionen bei Zervixgonorrhoe 1107.
Hagner, F. R., Sterilität des Mannes, operative Versuche 1555.
*Hahn, C. F., Lupus acneiformis 1199.
— H. u. v. Bramann, C., Allergie und Leukozytensturz 1069.
— — s. Goldscheider.
Haldin, H., Neues und Altes über Alibert 1617.
Haldin-Davis, H. und Wills, L., Abnormitäten des Blutzuckergehaltes beim Ekzem 1874.
Halir, O., Perniziöse Anämie und Lymphogranulomatose 1158, 1192.
Hall, J. E., Die Mortalität der Prostatektomie beeinflussende Faktoren 1757.
Halliday, H. M. u. Sutherland, Ch. E., Natriumthiosulfatbehandlung bei Arsenvergiftung 1383.
Halperin, Bedeutung der provinziellen Presse für Bekämpfung der venerischen Krankheiten 1192.
Hammer, Leibesübungen als Heilmittel in Krankenhäusern 1617.
Hammerschmidt, J., Zufällige, experimentelle Diphtherieinfektion 1150.
Händel, W., Lokale Zirkulationsstörungen nach Masern 1728.
Handovsky, H., Schwefeltherapie 1092.
Hannay, M. G., Lupus erythematodes und Alopecia areata 1197.
Hans, H., Behandlung des Furunkels und Karbunkels 1154.
Harkings, M. J. s. Schamberg.
Harman, N. B., Blennorrhoische und syphilitische Augenleiden 1854.
Harms, C., Entwicklungshemmung der weiblichen Brustdrüse durch Röntgenbestrahlung 1705.
Harrison, F. G., Diagnose der primären Syphilis durch Kultur 1483.
— L. W., Gesundheitsdienst mit Geschlechtskrankheiten 1086.
— — — Wert wissenschaftlicher Erfahrung für den venerologischen Praktiker 1447.
Hartmann, Gonorrhoische Hyperkeratosen 1021.

Digitized by Google

Haslinger, K., Doppelureter und doppeltes Nierenbecken 1608.
Haslund, O., Ulcus induratum axillae. Herpes zoster colli et scapulae 1544.
— — Zwillinge, der eine syphilitisch, der andere gesund 1544.
Hässler, E. s. Fernbach.
Hauck, L., Dermatosis symmetrica dysmennorrhoica 1193.
Hausdorff, H., Biologische Behandlung des Fluors 1832.
Haustein, H. s. Friedel.
Haxthausen, H., Besniersche Prurigo bei Asthma bronchiale und Überempfindlichkeit gegen Proteinstoffe 1545.
— — Dermatitis nodularis necrotica (Werther) 1544.
— — Fall zur Diagnose 1543.
— — Mycosis fungoides 1543.
— — Parapsoriasis 1545.
— — Prurigo Besnier 1849.
— — Psoriasis an einer Tätowierung 1544.
— — Schambergsche Krankheit 1544.
— — Streifenförmige Dermatose 1545.
— — Syphilitische Superinfektion 1544.
— — Xeroderma pigmentosum 1544.
Haushalter, P., Kongenitale Syphilis in der Kinderklinik 1250.
Hawkins, J. A., Fremdkörper in der Harnblase 1758.
Haye s. Lortat-Jacob.
Hazen, H. H. u. Milstead, Haarausfall bei Mäusen als Standard der Röntgenstrahlendosis 1703.
— — — — Whitmore, E. R., Hauterkrankungen nach Gemütsbewegungen 1692.
— — — — — R., Röntgenbehandlung des Hautkarzinoms 1217.
*Hecht, Hugo, Kann Wismut das Hg vollständig ersetzen? 1005.
— H., Über Reargon 1514.
— U., Technik der Hechtschen Reaktion 1821.
Hedinger, Hautkarzinome 1278.
— Dermatitis uraemica 1278.
Heilig R. u. Hoff, H., Hautreaktivität und Ovarialfunktion 1765.
Heimberger, H., Kapillaruntersuchungen beim Menschen 1862.
— — Physiologie der Kapillaren 1876.
Heine, H., Bekämpfung von Salvarsan- und Hg-Schädigungen 1382.
Heinemann, H., Serologische Untersuchung in tropischen Ländern 1315.
*— M., Über die von Muchow und Levy angegebene Leprareaktion 1455.
Heller, F. s. Epstein.
— J., Anatomisches Substrat der sexuellen Neurasthenie in der hinteren Harnröhre? 1510.
Heller s. Bloch.
Hemmesheimer, A. s. Behring.
Hendrie, A. S., Behandlung von Psoriasis mit Parathyreoidextrakt 1152.
Herrmann, G., Malariabehandlung der Paralyse 1390.
— Heinrich, Sicherungsverfahren gegen Hochspannungsschäden bei Röntgenapparaten 1128.
Hersmann, H., Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit bei Arthritiden und rheumatischen Affektionen der Muskulatur 1089.
Herrold, R. D., Hautreaktionen mit Gonokokkenfiltraten 1489.
Herxheimer, G., Myeloblastenleukämie mit geschwulstartigen Wucherungen besonders in der Haut 1158.
— K., Begrüßungsansprache zur Versammlung südwestdeutscher Dermatologen 1009.
— — u. Martin, Klinik der Tuberkulide 1022.
— — — Wichert, G., Therapeutische Versuche mit einer Teer-Harnsäureverbindung 1785.
*Hess, Leo, Schleiferknötchen 1103.
— Schleiferknoten 1021.
Hesse, Zosteriformes Syphilid 1017.
Heuss, H., Gasbrand nach subkutaner Injektion von Medikamenten 1157.
Heyn, Atypische, tertiäre Lues 1447.
— Pemphigus vegetans 1447.
Heymann, A., Vakzinebehandlung der Gonorrhoe 1607.
Hickel, Pagetsche Krankheit von der Mamma ausgehend 1059.
Hidaka, S. u. Nakagawa, T., Recklinghausensche Krankheit mit Naevus anaemicus 1481.
Highman, W. J., Eine Gesellschaft im Himmel 1690.
— — — Ekzem und Dermatitis 1117.
Higoemenakis, G., Kongenitale Syphilis der Enkelkinder 1760.
*Hildebrand, Philipp, Zur Geschichte der frühmittelalterlichen Syphilis 1843.
Hinkleman, A. J., Spirochaeta-pallida-Antigene bei WR 1484.
— — — WR mit unspezifischen Antigenen 1484.
Hintze, K., Sexual- und Fortpflanzungshygiene 1855.
Hirsch, H., Neuere Antigonorrhoika und Antisyphilitika 1514.
Hirschfeld, H. s. Citron.
— Magnus, Geschlechtskunde 1061, 1550.
*Hodara, Menahem u. Gassin, Prämykotisches Erythem; Histologie einer erythematösen Läsion; Bromnatrium intravenös 1391.

Digitized by Google

Hodler, H. G., Fraglicher Fall von drittem Hoden 1833.
Hoff, H. s. Heilig.
Hoffmann, Erich, Bedeutung der Entdeckung der Syphilisspirochäte 1010.
— E., Bedeutung der Lumbalpunktion bei Lues, Merkblatt; moderne Syphilistherapie und Mesurol 1189.
— — Einfache Mittel zur Ekzembehandlung 1787.
— — Knollentreibendes Fibrosarkom der Haut 1219.
— — Trichoepitheliom 1605.
— -- Seltene Formen von Primäraffekten des Zahnfleisches der Wangenschleimhaut und Konjunktiva; Spirochätenbefund 1787.
— — 20. Jahrestag der Entdeckung der Syphilisspirochäte 1793.
— H., Endokrine Störungen bei Hautkrankheiten, besonders bei Sklerodermie und Acrodermatitis atrophicans 1765.
— W. H., Das weiße Blutbild nach Schutzpockenimpfung 1259.
Hofmann, Edmund, Lichen spinulosus.
Hofstätter, R., Vakzinetherapie in der Gynäkologie bei Gonorrhoe 1493.
Hogan, J. F., Dauer der Infektiosität beim Tripper des Mannes 1496.
Hogenauer, F. s. Homma.
Hohn, J., Konservierung von Hammelblut für WR durch Normosal 1320.
— — u. Wolf, H., DM-Extrakt, WR, MTR, SGR 1317.
Holfelder, H., Gegenwärtiger Stand der strahlentherapeutischen Forschung 1121.
— — Zeitliche Verteilung der Röntgendosis 1123.
Hollande, Heilung des Herpes labialis durch Schwefelwasser 1149.
Hollander, L., Urticaria pigmentosa mit Thymushyperplasie 1450.
Holländer, A., Neue Indikation für Suprareninbehandlung 1152.
*Hollenberg, August, Herpes miliaris confluens necroticans, psychogene Dermatose bei Hysterie 1351.
Holmann, G., Wiederherstellung der Kopfhaut durch Hautüberpflanzung 1130.
Holthusen, H., Auswahl des Einheitsmaßes in der Röntgendosimetrie 1127.
— — Dessauer Punktwärmehypothese 1122.
Holzamer, Wismuttoxidermie 1021.
Holzknecht, G., Indirekte Reizwirkung der Röntgenstrahlen 1122.
Holzweissig, M., Kalomelexanthem, Kasuistik 1094.
Homma, H., Eisenbefunde in den Epithelien der apokrinen Schweißdrüsen der menschlichen Axillarhaut 1423.
— — u. Hagenauer, F., Lungensyphilis 1312.
Horiuchi, S., Erythromelalgie und Vagotonie 1060.
Hörnicke, C. B., Strahlenimmunität 1129.
Horowitz, L., Experimentelle Beiträge über WR 1316.
Horst, M. D., Behandlung des Favus mit Sambol 1222.
Hortobágyi, B., Wunddiphtherie 1151.
Hryntschak, Theodor 1518.
— Th., Behandlung des Karbunkels und Anthrax 1155.
Hubert, G. s. Groedel.
Hudelo, Caillaud u. Chabrun, Angiokeratoma Mibelli 1640.
— Montlaur u. Leforestier, Lymphogranulomatose de Schaumann 1057.
— u. Chabrun, Bromoderma tuberosum 1640.
— — Kourilsky, R., Autochthone, mutilierende Lepra 1057.
— — Lejard, Erythem in Form eines einzigen Plaques, zentrifugal sich ausbreitend, seit 3 Jahren rezidivierend 1693.
— — Rabut, Lupoides disséminées de Boeck 1057.
Hufnagel s. Jeanselme.
Hulsen, S. H. u. Jordan, F. M., Trichophytie der Zehen 1221.
Humer, G. L., Klinische Studien in der Urologie 1759.
Hunter, J. L. s. Belding.
— R. F., Dermatitis durch Thiozole 1094.
Hutinel s. Babonneix.
Huth, E., Radium- und Mesothoriumpräparate, Isodosen und Anwendung 1128.
v. d. Hütten, F., Vereisung bei Erysipel 1156.

Ikhtemann, M., Zur Prioritätsfrage von Rosenblum über die neue Behandlungsmethode der Paralyse 1874.
Iljinsky, W. P., Pathologische Anatomie, Histologie und Pathogenese der gonorrhoischen Epididymitis 1491.
v. Illyés, G., Therapie der Prostatahypertrophie 1552.
Impey, R. L. u. Fraser, A. R., Ätiologie und Behandlung der embryonalen Syphilis 1638.
Ironside, R. N., Malariaimpfung bei Paralyse 1087.
Isaak, A., Durch stearinsaures Zink verursachte Vergiftungen 1702.

Digitized by Google

Ishikawa, Sh., Veränderung der Schweißdrüsen durch Röntgenbestrahlung 1480.
Ishowara, F., Chemotherapie der Gonorrhoe 1817.
Italo, Levi, Gute Erfolge mit Reargon 1753.
Itoh, M., Pathologie und Systematisierung von Angiokeratomen 1056.
Iwanow, W., Natrium salicyl. intravenös bei Psoriasis 1763.

Jacksch, R., Variola, Varizella und Kuhpocken 1257.
Jacob, F. M. s. Beinhauer.
— — — — Guy.
Jacobsohn, F. s. Buschke.
Jacoby, F., Syphilitische Erkrankungen bei Glasbläsern 1793.
Jadassohn, J., Arzneischädigungen (Salvarsan, Quecksilber, Wismut) 1381.
Jahnel, Therapeutische Beeinflußbarkeit der Paralyse und Tabes 1012.
Jamain, Primäraffekt der Harnröhre 1875.
Janovsky, V., Epidermolysis bullosa 1154.
— — Nachruf für, Tryb 1508.
Jasnitsky, Roseola tardiva seu tertiaria Fournier 1147.
Jausion s. Gougerot.
— u. Diot, Bemerkung zur Diskussion Pautrier über Vakzinebehandlung des weichen Schankers 1692.
— — — Gelo-Vakzine bei Pyodermien 1694.
— H. Diot u. Vourexakis, Lymphozytose des Liquor bei Erythema nodosum 1549.
Jean, G., Uropyonephrose und Lithiasis einer ektopischen Beckenniere 1055.
Jeanneney, G., Hydrozelen 1554.
Jeanselme, E., Gefahr, WR als einziges Kriterium für die Heilung der Lues zu betrachten 1548.
— u. Burnier, Lichénification géante 1547.
— — — Lichen nitidus 1547.
— — — Lichen spinulosus et lichen planus 1640.
— — — Pityriasis rubra pilaris hereditär und familiär 1640.
— — Hufnagel, Akute, polymorphe Dermatitis bei chronischem Harnleiden 1247.
— Jausion u. Diot, Vakzinebehandlung des Schankerbubo 1247, 1694.
Jedlička, V., Pathogenese der Alopecia thyreogenes 1508.
Jefferson, Ch. W., Gonorrhoe der Prostata 1482.
Jersild, O., Gangrän am Penis. Neosalvarsan 1545.
— Psoriasis oder Gruppen von syphilitischen Knoten in der Haut 1544.
Jessner, M. u. Amster, S., Leishmaniavakzine — Leishmaniinreaktion 1765.
Joannovic, G., Immunität bei experimentellen Tumoren 1219.
Jolivet, L. s. Bizard.
Jolly, J. u. Ferroux, R., Schädigende Wirkung der Röntgenstrahlen 1125.
— — — — — Wirkung der Röntgenstrahlen; Reaktionsherabsetzung durch Adrenalin 1123.
Jones, P. H., Wirkung der antisyphilitischen Behandlung und Beurteilung durch die Sigmareaktion 1319.
Jordan, A., Ist das nichtspezifische Leukoderma ein echtes oder unechtes? 1194.
*— Arth., Statistik der syphilitischen Osteoperiostitis 1737.
— E. s. Wassilowa.
— F. M. s. Hulsen.
Joseph, E., Behandlung des Blasenkarzinoms 1518.
— Eugen, Tuberkulose der Harnorgane 1148.
Junès, Emile, Xeroderma pigmentosum 1766.
Jung, G., Erotisches Moment in Kunst und Dichtung 1579.
Jungano, M., Unpassierbare Strikturen der Urethra in der Dammgegend 1722.
Justus, Blastomycosis faciei extensa 1542.
— Blastomycosis integum. et glandulae lymphaticarum colli 1542.
— Blastomycosis recidivans faciei et glandulae submandibularis 1542.
— J., Epithelioma papillomatosum nach Röntgenbehandlung 1540.
— Fall zur Diagnose 1543.

Kaan, Otto, Löwensteins Dermotubin 1282.
Kabatschnik, Iontotherapie der blennorrhoischen Komplikationen 1191.
Kadanoff, D., Regeneration sensibler Nervenendigungen in Hauttransplantaten 1861.
*Kafka, V., Probleme der Liquorforschung bei Syphilis 1567.
Kahn, R. L. s. Keim.
Kalk, H., Seltenes Pupillenphänomen 1313.
Kalkbrenner, H. s. Cramer.
Kalledey, L., Tuberkulose der weiblichen Genitalien 1578.
Kantor, Lichen ruber planus 1275.
— Narbe nach Gumma der Stirne 1241.

Digitized by Google

Kantor, R. s. Nobl.
Kapf, E., Lama-Serum gegen Lues 1793.
Karichew, Primäraffekt am Vorderarm 1849.
Karo, W., Olyptol, ein neues Terpentinölpräparat 1610.
— — Sulfoxylsalvarsan in der Urologie 1551.
Katz, Th., Behandlung von Hautkrankheiten mit Pankreasdispert 1090.
Katzenelbogen, S., Durchlässigkeit der Menningen für Wismut 1827.
Kauders, O., Wirkung kleiner Chinindosen auf die therapeutische Impfmalaria 1430, 1452.
Kaufmann, H., Erythrodermia desquamativa 1763.
— — Toxisches Exanthem bei einem Neugeborenen post partum 1763.
— R., Spezifisch-unspezifische Behandlung in der Dermatologie 1612.
*Kaufmann-Wolf, Marie, Demodex folliculorum in den Pusteln von Rosacea pustulosa 1095.
*Kaznelson, P. s. Pick.
Keim, H. L. u. Kahn, R. L., Kahnsche Reaktion 1319.
Kenedy, D., Furunkulose 1154.
— — s. Szondi.
— — s. Török.
Keppler, A., Chaulmoograöl subkutan bei Lepra 1791.
Ker, C. B., McCartney, J. E. u. McGarrity, J., Prüfung der Scharlachempfänglichkeit 1253.
Kerl, W., Hautschädigung nach Bismogenol 1388.
— — Vakzineerkrankungen 1427.
Kessler, G. u. Weiss, A., Cornu cutaneum der Oberlippe bei Leukoplakie der Mundschleimhaut 1249.
Kestner, O., Blut und Sonnenstrahlung 1876.
Ketron, W. u. Burky, E. L., Kulturelle Erforschung des Aknebazillus 1118.
Keve, Fr., Neue Therapie der Syphilis 1323.
Keyes, E. L., Bericht über wissenschaftliche Arbeiten über die Geschlechtskrankheiten 1616.
Khan, A., Flockungsreaktion zur Diagnose der zerebrospinalen Syphilis 1638.
Kharchanowsky, Behandlung des Ekzems 1449.
Khoudadoff, Tuberculosis cutis verrucosa 1847.
Kiaer, S. s. Fischer, A.
— — Gewebszüchtung 1063.
*Kiess, Oskar, Porrigo amiantacea 1355.
Kilduffe, R. A., Kolmersche Reaktion, Vergleich mit anderen Methoden 1639.
— — — u. Thompson, R., Wirkung verschiedener Methoden und Zeiten der ersten Aufbewahrung auf den Ausfall der Kolmerschen Reaktion 1484.
Kingsbury, A. N., Gonokokkeninfektion auf der Kutis 1490.
Kirby, G. H. s. Bunker.
Kirchbach, Technik der intravenösen Injektion 1701.
*Kirchheim, Friedrich, Behandlung der Paraphimose 1009.
Kissmeyer, A., Erythrodermie pityriasiforme en plaques disséminées 1850.
— — Kleinpapulöse Form der Urticaria pigmentosa mit Degenerationsformen der Mastzellen 1612.
— Kongenitale Schweißdrüsengeschwulst (Hidrodenoma tubulare) 1543.
— Sclerodermia circumscripta 1543.
— Tertiäre, oberflächliche Hautatrophien 1545.
Klaar, J., Bemerkungen zum Aufsatz von Kutzinski über Paralysebehandlung 1322.
Klare, A., Wismutablagerungen in der Schleimhaut der Zunge und Wange nach Bismogenolbehandlung 1388.
Klauder, J. V., Sarkoidähnliche Hautgranulome 1691.
— — — u. Brown, H., Experimentelle Studien über das Ekzem 1117.
Klausner, E. u. Wichowski, W., Behandlung der Gonorrhoe mit Silberglykosiden 1832.
Kleeberg, Granuloma rubra nasi 1446.
— Pityriasis rosea des Gesichts 1446.
Klein, J. s. Schreus.
Klemm, WR bei Prostituierten 1314.
*Klepper, C., Stomatitis gonnorrhoica 1440.
Kline, B. S., Applebaum u. Lundagen, WR, Ausfall bei 4- und 15stündiger Anfangseinstellung im Eisschrank 1639.
Klinkerfuß, G. H. s. Dwyer.
Klopstock, A., Einfluß des Manganchlorürs auf die Anaphylaxie 1066.
— — Verwendbarkeit des Cholesterins zu serologischen Zwecken 1825.
— — s. Sachs.
— E. s. Buschke.
Knauer, H., Arthritis und Bursitis gonorrhoica bei einem 7 Tage alten Kinde 1490.
Knight, J. O., Akute Gonorrhoea anterior 1482.
Knipping, H. W., Wärmebilanz des Tropenbewohners 1876.
Knossew, Naevi anaemici und vasculosi 1242.

Digitized by Google

Knowles, F. C., Hautkrankheiten 1428.
Koch, Richard, Stand der Frage nach dem ersten Auftreten der Syphilis in Europa 1021.
Kochmann, R., Behandlung der Furunkulose im Säuglingsalter 1764.
— M. u. Grouven, C., Kadmium, Pharmakologie und Therapie 1090.
Kogan, V. M., Intensitätsgrad und Eigenschaften der luetischen Antigene 1316.
— S. u. Rubinstein, B., Malariabehandlung der Paralyse 1429.
Kogoj, F., Systemisierung der Hautkrankheiten 1509.
Kolischer, G., Elektrokoagulation von Blasengeschwülsten 1757.
Kolle, W. u. Zieler, K., Handbuch der Salvarsantherapie 1696.
Königstein, Eigenartige Hautatrophie 1242.
— Fall zur Diagnose 1053.
— M. F., Erfahrungen mit Phlogetan 1092.
— Tuberkulide 1053.
Kosaka, K. u. Bito, F., Vergleichung einiger Fixierungs- und Färbungsmethoden 1876.
Koshewnikow, P., Ausgedehnte Schleimhautveränderungen bei Lichen ruber acuminatus 1847.
— — Gangrän nach Hg-Einspritzung 1191.
Köster, H. s. Reiter.
Kotljar, M., Prostitution in Moskau 1582.
Kottmaier, E., Linsersche Varizenbehandlung 1024.
Kourilsky, R. s. Hudelo.
Kowalski, J., Syphilis ignorata 1283.
— — Syphilitische Familienepidemien 1283.
Krabbel, M., Röntgenbehandlung der Prostatahypertrophie 1552.
Krantz, W., Konservierung von Rekurrensspirochäten 1064.
Kraus, Alfred, Sklerodermie im Kindesalter 1768.
— R., Ergebnisse der experimentellen Geschwulstforschung 1219, 1768.
Krause, P., Handbuch der Röntgentherapie 1726.
Krauspe, C., Gallozyamin als Kernfarbstoff; Färben und Versilbern von Gelatineschnitten 1877.
Kreibich, C., Die „L.-V.-R." 1070.
Kren, Otto, Pflanzendermatitis 1574.
Kren, O., Proteinkörpertherapie bei Hautkrankheiten 1091.
Kritschewsky, A. u. Popow, J., Hypertonische Lösungen von Calcium chloratum intravenös bei Hauttuberkulose 1147.
Kroetz, Chr., Strahlen und Proteinkörper als Transmineralisationsmittel 1091.
Krogsgaard, H. R., Endokrines Verhalten bei Xeroderma pigmentosum 1545.
*Kromayer, Der Erfinder der Homöopathie 1870.
Kronfeld, A., Sexualität und organische Nervenkrankheiten 1581.
Krösl, Experimentelle Kaninchensyphilis 1084.
Krotkina, N., Außergewöhnliches experimentelles Teerkarzinom beim Kaninchen 1218.
Krüger, E. s. Glass.
Kruglack, E. s. Rosental.
Krüskemper, C., Untersuchung des Liquor mit fabrikmäßig hergestelltem Goldsol 1321.
*Kruspe, Moritz, Erfahrungen über Doldsche und Meinickesche Trübungsreaktionen 1436.
Ku, Djeng-Yän, Primäre Uretertumoren 1556.
Kubarew, Tuberculosis cutis verrucosa 1695.
Kuhle, W., Vakzineimmunität 1259.
Kühlmann, B., Besonderes Krankheitsbild der Lymphogranulomatose 1192.
Kulcsár, Fr. s. Benedek.
Kumer, L., Acne varioliformis 1026.
Kundratitz, K., Übertragung von Herpes zoster und Beziehungen zu Varizellen 1133.
— — s. Lipschütz.
Küntzel, A., Histologie der tierischen Haut vor und während der ledertechnischen Behandlung 1512.
Kusnetzowsky, N., Einfluß lokaler Reize auf den Prozeß der Vitalfärbung 1063.
Kutscherenko, P., Metachromasie des Glykogens bei Färbung mit basischen Anilinfarben 1877.
Kuznitzky, E., WR mit Trockenkomplement (Pharmagans) 1825.
— s. Steinbrink.
Kylin, E. u. Nyström, C., Blutkalkstudien. Einwirkung der intravenösen Kalkinjektion; Adrenalinreaktion 1618.
Kyrle, J., Histobiologie der menschlichen Haut und ihrer Erkrankungen 1821.
— — Schuppende und nichtschuppende Erytheme 1132.

Labbé, M., Xanthosis 1193.
Lacapère, G., Dualismus des Lues virus, Ursachen der geographischen Orientierung 1818.
Lacassagne, A. u. Paulin, Verschiedene Empfindlichkeit der Aerobier gegen Radium 1128.

Digitized by Google

Laemmle, K., Protrahierter Priapismus 1833.
Lafay, Über das kolloidale Jod 1640.
— L. u. Ferrand, F., Ausscheidung des Wismuts 1058.
Lake, G. B., Malariabehandlung der Paralyse 1390.
Landau, W. s. Brieger.
Landesmann u. Warowitzki, Sofortige Behandlung von Salvarsaninfiltraten 1847.
Landeker, A. u. Schulz, E., Respiratorischer Gaswechsel als Wertmesser der Lichttherapie 1727.
*Landt, Fritz, Neues Koagulationsendoskop für die vordere Harnröhre 1747.
Lane, J. E., Hautkrankheiten in den englischen Kolonien Nordamerikas 1610.
Lang, B., Über orale, konjunktivale und nasale Infektion mit Tuberkelbazillen, 1262.
Lange, F. s. Lipschütz.
Langer, E., Dermatitis herpetiformis 1684.
— Hämangiom des linken Unterlides 1685.
— Juxta-artikuläre Knötchenbildungen 1684.
— Pityriasis rubra pilaris 1685.
— Sklerodermie 1684.
— E., Geschlechtskrankheiten bei Kindern 1616.
— — Lues, Trauma und Resistenz 1445.
— — Reinduratio nach Salvarsanbehandlung eines wassermann-negativen Primäraffektes 1444.
— H., Erzeugung einer Tuberkulinempfindlichkeit mit abgetöteten Tuberkelbazillen 1282.
— J., Scharlachepidemie in Brünn; Erfolge mit Rekonvaleszentenserum 1255.
Langworthy, V. s. Gilbert.
Lapischeff, D., Kasuistik der gummösen Affektionen des Mastdarmes 1147.
Laqueur, B., Klassifikation der Retentionsgeschwülste der Niere 1610.
Lasareff, N., Extragenitale, syphilitische Familieninfektion 1847.
Lasch, C. H., Struma gummosa 1311.
— F. u. Perutz, A., Experimentelle Untersuchungen über das Decoctum Zittmanni 1390.
Lass, Bismocoral zur Behandlung der Syphilis 1389.
Lassueur, Hautkarzinome und Radium 1277.
Laubova, M. s. Apetaur.
Lauda, E. s. Luger.
Laurentier, Ch., Herpes zoster, generalisierter und seine gangränösen Varietäten mit Bemerkungen über Toxikodermien durch Zyanamid 1116.
Lauterbach, F., Weitere Ergebnisse der ausschließlichen Bismogenolbehandlung der Syphilis 1388.
Läwen, A., Nervenvereisung bei Amputationsneuromen, Angiospasmen, Erythromelalgie, seniler Gangrän, Ulcus cruris 1131.
Lawence, J. S., Verhütung der kongnitalen Lues durch Behandlung der schwangeren Mutter 1321.
Layani s. Léri.
Lazarus, J. A., Mediane Schrankenbildung an der Harnblase 1833.
Lebailly, M. C., Rolle der Fliegen bei Maul- und Klauenseuche 1220.
Leblois, Ch. s. Thibierge.
Le Cleoc s. Louste.
Ledermann, R., Arzneimittel zur Behandlung der Syphilis 1323.
— Kerion Celsi bei einem Knaben 1684.
— Schädigung durch Quéryserum 1684.
— Trichophytie auf dem Rücken eines Kindes 1684.
— Urticaria perstans papulosa 1684.
Ledo, E., Erworbene Syphilis ohne Schanker 1724.
— — Primäraffekt in der Harnröhre 1510.
v. Leeuwen, Acanthosis nigricans 1784.
Lefebvre, Ch., Radikalbehandlung des eingewachsenen Nagels 1220.
Leforestier s. Hudelo.
Legrain, P. s. Thibierge.
Lehmann, W., Zum Artikel „Hahn"; periarterielle Sympathektomie 1132.
*Lehner, E., Urticaria chronica perstans 1287.
— — Zwei Fälle von schwarzer Haarzunge 1507.
— — u. Radnai, E., Behandlung der Syphilis mit Bismutpräparaten 1506.
— — — — — Stovarsol in der Syphilistherapie 1385, 1506.
— — — — — Übertragung experimentell hervorgerufener Senfölüberempfindlichkeit 1644.
*— — — — — Hautüberempfindlichkeit 1732, 1777.
— — s. Török.
Lehnhardt, K., Cylotropin in der Allgemeinpraxis 1557.
Lehrmann, J., Yohimbinvergiftung 1702.
*Leibholz, Ernst, Der Salvarsangeruch 1602.
Leibovici, R. s. Moure.
Leicher, H., Lichtwirkung und Blutkalk 1129.

Digitized by Google

Leide, Gelungene Abortivkuren bei Syphilis 1754.
Leissner, O. s. Buschke.
Lejine, Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten im Orient 1581.
Lenartowicz, Jan, Kanty 1794.
Lendon, A., Febris nodosa, Erythema nodosum et multiforma 1729.
Lepehne, G., Chromodiagnostik der Leberfunktion 1826.
Lépinay, E., Phagedämischer Schanker 1694.
Leri, A. u. Barthélemy, Osteom des Schädels und Syphilis 1548.
Léri, A. u. Layani, Perineo-skrotale Lymphangiektasien nach Elephantiasis 1642.
Leriche, R., Wolf, M. u. Fontaine, R. F., Erfolge der Eingriffe am Sympathikus bei Sklerodermie 1689.
*v. Leszczynski, Roman, Stärketeerbäder beim Pemphigus 1081.
Levaditi, C. u. Nicolau, S., Enzephalitisepidemica 1762.
Leven, L., Korrelationszahlen und Nävusätiologie; zur Arbeit Siemens: Erbanlagen und Muttermäler 1427.
*Levin, Ernst, Fürsorge für geschlechtskranke Kinder 1145.
*— — Reinfektion und Superinfektion in Beziehung zur Heilung der Syphilis 1306.
— O. L., Radium in der Dermatologie 1128.
— — — Universelle Psoriasis mit geschwulstähnlichen Bildungen 1852.
Lévy, G., Glaser u. Sloimowici, Gummöse und fistulöse Tuberkulose der Vaginalgegend und Inguinalfalte 1688.
— G. u. Metzger, Arsen- und wismutresistenter Schanker; schnelle Heilung durch Hg 1687.
— — s. Pautrier.
— R. u. Negro, M., Phenolsulfophtaleinprobe für die funktionelle Prüfung der Nieren 1722.
Levy, S., Entzündungshemmende Eigenschaft der Harnsäure 1514.
— Siegfried, Serodiagnostik nach Sachs, Klopstock und Ohashi; Mikromethode 1825.
— S. u. Setter, E., Behandlung der Lues congenita mit Wismut 1387.
Lévy-Franckel u. Guillaume, A. C., Alopezie, mit arteriellen Spasmen und Polynurie im Anschluß an eine Verwundung 1247.
*Lewinsky, Hermann, Zur Behandlung der Vulvovaginitis gonorrhoica 1462.
Lhermitte, J., Syphiliserscheinungen am Corpus striatum 1823.
Lichtenstein, Géza, Bemerkungen zum Artikel von Mattoni über Humagsolan 1770.
Liebermeister, G., Örtlich beschränkte Reizbestrahlung mit künstlicher Höhensonne 1129.
Liek, F., Einfluß der Sympathikusdurchschneidung auf örtliche Infektionen 1646.
Lilienstein, Fall zur Diagnose 1604.
— Paget disease 1604.
— Induratio penis plastica 1604.
Lindner, K., Diphtherie und Gonoblennorrhoe der Bindehaut 1490.
Linser, Behandlung der Varizen mit künstlicher Thrombosierung 1786.
*— K., Intravariköse Kochsalzinjektionen bei Krampfadern 1345.
— 1558.
Lion, K., Mechanismus der Harnableitung 1608.
Lipschütz, A., Lange, F. u. Svikul, D., Wird die Produktion von Ovarial- oder Hodenhormonen durch latenten glandulären Hermaphroditismus verhindert? 1515.
— — u. Tiitso, M., Problem der Hyperfeminisation 1515.
— B., Ätiologie des Zoster, Mikroskopie der Impfreaktion und des generalisierten Bläschenexanthems nach Impfung mit Zoster 1576.
— — Bemerkungen zur Arbeit von Luger und Lauda über Herpes zoster und febrilis 1761.
— — Beziehungen des Zoster zum Herpes febrilis 1149.
— Erythema migrans chronicum 1053.
— B. u. Kundratitz, K., Herpes zoster und Varizellen, Ätiologie 1761.
Lipskerow u. Grshebin, Neuere Errungenschaften der Luesbehandlung 1323.
Lipskerow, J. u. Grshebin, S., Unschädlichmachung des Salvarsans durch Gelatine 1694.
— s. Brytscheff.
Litarczek, St., Einfluß einiger auf den Parasympathikus wirkenden Mittel auf die Bildung der Antikörper 1878.
Little, C. F. s. Cofield.
Loewy, A., Insensible Perspiration 1620.
Löhe, Heinrich 1622.
Lombardo, Dermatomykosen durch Endo- und Saccharomyces albicans 1754.
— Ausscheidung des Bismut 1752.
Lomholt, S., Acne necrotica 1544.
— — Arsenikbehandelte Psoriasis mit Hyperkeratosen und Epitheliomen 1544.

Digitized by Google

Lomhold, S., Ausscheidung des Wismuts 1211.
— — Beziehung der Pharmakologie des Wismuts zur therapeutischen Anwendung 1087.
— — Fall zur Diagnose 1544.
— — Hauttuberkulose, dem Boeckschen Sarkoid histologisch ähnelnd 1544.
— — Karzinom nach Röntgenbehandlung von Lupus erythematodes 1544.
— — Radiodermatitis mit Atrophie und Gefäßerweiterung nach Ekzembestrahlung 1544.
— — Tertiäre Syphilide am Gesicht 1544.
— — Welches Wismutpräparat verdient den Vorzug? 1214.
*Lorberbaum, Leon u. Unna, P. G., Das Eleïdin, eine chromolytische Studie 1519.
Lortat-Jacob u. Boutelier, Spät auftretende Angiome mit Raynaudschen Symptomenkomplex und abortiver Sklerodermie 1547.
— — Legrain, Aktinomykose mit kolloidalem Jod innerlich behandelt 1247.
— L. u. Roberti, J., Primäraffekt am Zahnfleisch 1284.
— Pernet u. Haye, Parapsoriasis en plaques vom Typ Xanto-Erythrodermia perstans 1547.
Louste u. Le Clerc, Generalisierter Favus 1641.
— — Lévy-Franckel, Sklerodermie am Glied 1248.
— — Louet, Pseudo-Hermaphroditismus 1547.
— Caillaud u. Le Clerc, Lupus pernio, lympho-granulomatöser Typus Schlaumann 1641.
— Cailliau u. Leclere, Sklerodermie nach Chorea 1693.
— Caillaud u. Marassi, Ulzerierte Tuberkulose am Schenkel 1641.
— Thibaut u. Cailliau, Erythematöspigmentierte atrophische Läsionen 1547.
Louws, Lepra mixta 1783.
Low, R. C., Anaphylaxie und Sensibilisation der Haut und bei ihren Krankheiten 1486.
Löwenfeld, W., Ekzemähnliche Formen des flachen Hautkrebses 1614.
— Lupus und Epitheliom 1275.
*— — s. Nobl.
Löwenstein, E., Tuberkulose-Diagnostik mittels Tuberkulinsalben 1282.
— G. s. Bloch.
— Nathan u. Wicking, Reichsbewahrungsgesetz 1581.
Löwenthal, W., Bewertung der biologischen Pockendiagnose 1790.
— — Biologische Pockendiagnose 1257.
Löwenthal, W., Geflügel- und Säugetierpocken 1259.
Lubarsch, O., Phagozytose und Phagozyten 1861.
Luerssen, Behandlung der Syphilis mit Stovarsol; Wirkung auf die Spirochäten 1385.
Luger, A., Diagnose der viszeralen Lues 1309.
— — u. Lauda, E., Herpes-simplex-Virus in der Zosterblase 1134.
— — — — Herpes zoster und febrilis 1761.
Lumsden, Th., Wirkung eines Antiserums auf Krebszellen im Reagenzglas 1218.
Lundagen, A. s. Kline.
Lundy, C. J., Überleben des Hodens der Säugetiere in vitro 1553.
Lurija, R., Viszerale Lues 1311.
Lutz, Fox-Fordycesche Krankheit 1279.
— Granuloma annulare 1279.
— Knoten am Oberschenkel, — maligne Lues 1279.
— Multiple Hämangiome 1279.
— Sycosis lupoides Brocq 1279.
Lyon, Ernst, Erkrankung der Lungen und Bronchien in der Frühperiode der Syphilis 1311.
— Oliver 1030.
Lyons-Denver, O., Karzinom der Samenblase 1856.

McBride, R. H., Behandlung der Arsphenamin-„Enzephalitis" mit Natriumthiosulfat 1383.
— Cafferty, Lawrence, K., 80 Akne-Fälle mit Röntgenstrahlen behandelt 1155.
— — s. McCarthy.
MacCarthy, Epidermomykosen; sechs neue Erreger 1085.
— — L., Trichophytie der unbehaarten Haut durch neues Trichophyton; Trichophyton depressum 1212.
— — — u. McCafferty, L. K., Leukoderm nach Giftpflanzendermatitis 1852.
— Cartney, J. E. s. Ker.
— Cormac, H., Fall von Lepra 1853.
— — — Granuloma annulare 1853.
— — E., Infektion der weiblichen Genitalien mit dem Vincentschen Bazillus 1857.
— — H., Mycosis fungoides, 15 Jahre dauernd 1636.
— — — Rezidivierendes Erysipel 1636.
— — — u. Cockayne, E. A., Lupus pernio 1636.
— — — — McCrea, H. M., Intensive Dermatitis nach ultravioletten Strahlen 1728.

Digitized by Google

Mac Coy, St. C., Chronische Zystitis 1757.
— Crea, H. M. s. Mc Cormac.
— Donagh, J. E. R., Chemotherapeutische Behandlung der Gonorrhoe und ihrer Komplikationen 1492.
— Garrity, J. s. Ker.
MacGraw, R. B. u. Schrankel, R., Doppelseitiger Brustkrebs mit langdauernder Reizung 1217.
McKenna, F., Protein-Anaphylaxie 1121.
— Kenzie, T. C., Ultraviolettlicht in der Allgemeinpraxis 1728.
— Leod, J. M. H., Hemiatrophia facialis von Rombergschem Typus 1636.
— — — — — Lymphadenom mit Erythrodermie 1873.
— — — — — Übertragung der Lepra in Großbritannien 1260.
— Martin, Ch., Blasensteine um Fremdkörper 1518.
— Nair, J. B. u. Neff, A. M., Dichloramin-M-Dermatitis 1094.
— Neal, W. J. s. Baylis.
— Rae, J. C., Granuloma inguinale und Syphilis 1454.
Maccari, Planes, oberflächliches Hautepitheliom 1751.
Macewen, J. A. C., Epispadie 1516.
Machtou s. Fouquet.
Maéda, K., Cutis verticis gyrata 1817.
Maeda, Y., Neues Krätzemittel Skabison 1216.
Magrou, J. s. Baron.
Majocchi, Erythrodermie und Purpura 1753.
Makarow, Leprakolonie in Krutije Rutschji 1695.
Malherbe, H., Lichen corneus mit Erythrodermie, Lichen planus und buccalis 1116.
Mallet, M. s. Patel.
Mandel, H., Fall zur Diagnose 1688.
Marassi s. Louste.
Marchionini, A., Harzkolloidreaktionen im Liquor cerebrospinalis 1825.
Marceron s. Eilian.
Mariani, Impfungen mit Lepramaterial 1752.
— Melanoblasten und Pyrrholinursprung des Hautpigmentes 1753.
Marinesco u. Draganesco, Endolumbale Behandlung der metaluischen Krankheiten 1828.
Mariotti, Mechanismus der WR 1754.
— 3 Primärfälle mit Hg. cyan. abortiv behandelt, 9 Jahre symptomlos, nicht geheilt 1754.
Markovitch, V. u. Gueratovitch, M., Eosinophilie beim Scharlach 1254.
Marselos, V. J., Heilung von gonorrhoischer Nebenhodenentzündung mittels Diathermie 1610.
— — — Neue Therapie gonorrhoischer Harnröhrenstrikturen 1608.
Marthens, J. G., Salvarsanisiertes Stammserum bei der Behandlung der Paralyse 1758.
Martin, Alopecia parvimaculata 1020.
— Auf dem Röntgenogramm unsichtbare Blasensteine 1722.
— Beschleunigung des Wachstums des Blasenkrebses durch Tiefenbestrahlung 1722.
— Keratoma hereditarium palmare et plantare 1020.
— Mycosis fungoides d'emblée 1019.
— Sklerodermie 1020.
— J., Ureterenkatheterismus von der geöffneten Blase aus bei Nierentuberkulose 1723.
— H. W. s. Day.
— — s. Herxheimer.
— N. u. Bejarano, J., Experimentelle und klinische Grundlagen der Wismut-Proteinverbindungen bei der Behandlung der Syphilis 1724.
Martini, Stiche der Gliederfüßler und ihre Wirkung auf die Haut 1571.
*— Stiche der Gliederfüßler und ihre Wirkung auf die Haut 1650.
Martinotti, Hemisporose 1752.
— L., Verhornungsprozeß der Haut unter normalen und pathologischen Verhältnissen 1877.
Martius, H., Unspezifische Reiztherapie 1832.
Marum, G. s. Chantraine.
Marza, V. s. Parhon.
Masia, Experimentelle Untersuchungen über Trichophytide 1754.
— Glossitis chronica figurata superficialis mit kulturellem Nachweis von Nocardia lingualis 1754.
Masson, P., Betrachtungen über die Pagetsche Krankheit 1058.
Matas, R., Verzögertes Auftreten von Röntgenerkrankungen 1125.
Mathieu, L. s. Etienne.
Matousis, Intravenöse Brominjektionen bei Ekzem 1450.
Mattausch, F., Partigenlehre 1281.
Matuschkin, Abortivbehandlung der Syphilis 1324.
Matusovszk, Varizen der Harnblase 1149.
May, J., Konfluierende und generalisierte Hyperkeratose nach Salvarsan 1085.
Maydl, V., Paraffinom 1816.
Mayr, J. K. u. Moncorps, C., Milz und Eosinophilie 1645.

Digitized by Google

Meder, E., Varizellen bei Erwachsenen-Pocken? 1257.
de Medina, B., Alopecia areata, Quarzlampenbehandlung 1025.
Meineri, Pathogenetischer Wert der Störungen des vegetativen Nervensystems 1755.
Meinicke, E., Ausflockung des DM-Extraktes im Vergleich zur WR, SGR und MTR 1825.
— Mikroreaktion auf Syphilis 1318.
Meirowsky, Spirochäten des Primäraffektes 1313.
— Sprossungsvorgänge an den Spirochäten des Primäraffekts 1572.
Mellon, R. R. u. Caldwell, D. W., Epidemiologie des Pemphigus neonatorum 1763.
Memmesheimer, A., Behandlung der Dermatosen mit Eigenblut 1701.
— — Behandlung der männlichen Gonorrhoe 1492.
— — Hämolysinreaktion des Liquor bei Nervenlues 1612.
— — Hämolysinreaktion bei der Früh- und Spätsyphilis des Zentralnervensystems 1824.
Memorsky, W., Gonorrhoische Bursitis, erfolgreich mit Gonoyatren behandelt 1147.
Mendes da Costa, S., Eigenartige Pigmentverteilung bei Blutstauung des Unterschenkels 1783.
— — — — Erythro- und Keratodermia variabilis bei Mutter und Tochter 1615.
— — — — Granuloma annulare 1783.
Menninger, K. A. u. Menninger, W. C., Symptomanalyse bei paralytischer Neurosyphilis 1483.
Menschtschikow, Behandlung einiger Hautkrankheiten mit H-Strahlen 1848.
Mensing, E. H. s. Fisher.
Menzer, A., Ätiologie der Masern und verwandter Infektionskrankheiten 1255.
Mercier, O., Prolaps des Ureters ins Blaseninnere 1814.
Merck, Ludwig 1454.
Merklen, Pr., Wolf, M. u. Néel, A., Arsenobenzolschock mit Abort 1689.
Meschtscherski, G., Banale Dermatosen bei Syphilitikern 1846.
Metzger s. Pautrier.
— M. s. Roederer.
Meyer, G. s. v. Gutfeld.
— H., Lehrbuch der Strahlentherapie 1451, 1699.
— J., Sykosis mit intrakutaner Vakzinetherapie behandelt 1640.
— — Metabolismus des Wassers beim Ekzem 1819.
Meyer, S., Behandlung der akuten Infektionskrankheiten im Kindesalter 1256.
— — Experimentelle Studien über die Ätiologie des Scharlachs 1252.
— P. S. u. Amster, S., Lichtschützende Wirkung des Tannins 1703.
Mibelli, Kopfhautmikrosporie durch M. lanosum 1754.
— Porokeratosis 1754.
*Michailow, S., Behandlung der Psoriasis mit Wismutinjektionen 1835.
Mickel, Unblutige Behandlung des eingewachsenen Nagels 1220.
Miescher, G., Casus pro diagnosi 1279.
— — Familiäre Keratose der Haut und Schleimhäute mit Blasenbildung und schwerer Schleimhautdegeneration 1613.
— Histologie der Röntgenveränderungen 1278.
— — Histologie der akuten Röntgendermatitis 1425.
Mietling, H., Liquorbefunde bei behandelter Syphilis 1023.
Milian, G., Ansteckung während der Inkubationsperiode des Schankers 1819.
— Akneiformes, lichenoid miliares Syphilid = Symbiose von Syphilid und Tuberkulose 1547.
— — Gummata an beiden Sternocleidomastoiden 1819.
— Lichen planus in Riesenringen 1057.
— Lupoide Acne papulosa miliaris 1693.
— — Paratherapeutische Ikterus besonders durch die Arsenobenzole 1818.
— — u. Girauld, Intravenöse und subkutane Injektionen in der Arsenobenzoltherapie 1115.
— u. Pévin, Poikilodermie érythémato atrophiante 1057.
— u. Rimé, Pityriasis rubra pilaris bei einem Tuberkulösen 1693.
— u. Solente, Kraterförmige, ulzerierte Tumoren des Gesäßes; Zylinderzellenepitheliom 1547.
— Périn u. Solente, Lymphadenom des Penis 1115.
— Sauphar u. Marceron, Acanthosis nigricans 1547.
Miloslaoich, E. L., Pathologische Anatomie der Aortensyphilis 1690.
Milstead, L. C. s. Hazen.
Minami, S., Salvarsannebenerscheinungen 1817.
— — Salvarsantod bei einer Addisonkranken 1817.
*— Seigo, Vorbeugung der Salvarsanschäden 1679.
*— — Vorbeugung der Salvarsanschäden 1716.
Minsker s. Grshebin.

Digitized by Google

Miquel, R., Primäraffekt am Zahnfleisch 1284.
Mironesco, T., Intrakutane Vakzine des Erysipels 1156.
Miskolczy, D. s. Szondi.
Mittermaier, W., Sexualprobleme im Deutschen Strafgesetz-Entwurf 1925 1858.
Miyake, J., Vitale Fettfärbung mittels kolloidaler Nigrosinlösung; Verhalten des Karotins gegen subkutanes Fettgewebe bei Aurantiasis cutis 1215.
Möbius, H., 10 Jahre Radiumbehandlung bei Hautkrankheiten 1705.
Mock, J., Reizkörpertherapie des prolongierten Trippers 1493.
— Jack u. Doré, Behandlung der großen Blasenpapillome 1834.
Moetsch, J. s. Raiziss.
Mollow, W., Nagelveränderungen bei Malaria 1221.
Monacelli, Familiäre Onychatrophie 1755.
Montgomery, D. W. u. Culver, G. D., Pityriasis rosea, ungewöhnliche Fälle 1692.
— R. B., Sohlenabdrücke bei Neugeborenen 1860.
Montlaur, H., Schwere Einkapselungserscheinungen nach Wismuthydroxyd intramuskulär 1694.
— s. Hudelo.
Montpellier, J., Lichen hypertrophicus corneus und planus 1248.
— — u. Zeraffa, R., Lichen und Röntgenbehandlung 1248.
Monroe, P. W. u. Mooser, H., Rattenbißfieber 1764.
Moore, A. C. s. Gilbert.
Mooser, H. s. Monroe.
Moran, Pseudoblennorrhoische Urethritis; Spermakultur 1815.
Mörig, H., Stromentnahme aus Taschen- und anderen Batterien zu medizinischen Zwecken 1701.
Morley, H. S., Poliomyelitis anterior mit nachfolgendem Herpes zoster und Varizellen 1134.
Moro, E., Tuberkulinreaktion 1281.
— — Tuberkuloseschutz für den Säugling durch kombiniertes Vakzinationsverfahren 1282.
*Morsbach, Oskar s. Ritter.
Moses, F., Syphilis der Harnblase 1312.
Mouchet, A., Akute, primäre Hodenentzündungen bei Kindern 1553.
Moure, P., Autoplastik des Gesichts 1819.
— — u. Leibovici, R., Leukämischer Priapismus 1054.
Moureyre 1558.
Mras, F., Provokationsverfahren latenter Lues 1315.
Mucci, Epidermophytien der Hohlhand 1755.
— Oidiomykose der Haut mit letalem Ausgange 1754.
*Muchow, H., Pyotropinbehandlung des Lupus 1863.
Mueller, E. F. u. Myers, C. N., Verhalten der Leukozyten nach Salvarsanbehandlung 1325.
Mühlhoff, P., Reargonbehandlung der Gonorrhoe 1190.
*Mühlpfordt, H., Chromolyse der Spirochaeta pallida 1519.
Müller, Acrodermatite continue (Hallopeau) 1015.
— Lupus vulgaris im Gesicht 1015.
— — — serpiginosus mit Lichen scrophulosorum atrophicans 1015.
— E. F., Funktionelle Unterbrechung der Reizleitung zwischen Haut und Blutbahn durch Lichenifikation 1070.
— — — Ursache des angioneurotischen Symptomenkomplexes nach Salvarsan 1852.
— — — s. Bucky.
*— — — Fordyce † 1682.
— O., Verhalten der Hautkapillaren über röntgenbestrahltem Gebiet; zum Aufsatz von Siedamgrotzki 1704.
— W. G. s. Schönfeld.
Müllern-Aspegren, U., Endolumbale Behandlung 1828.
Mulzer, Epithelioma adenoides cysticum 1604.
— P. s. Plaut.
Murata, H. s. Sobernheim.
Murero, Arthritis blennorrhoica bei Kindern 1753.
— Ausfall und Wiederwachsen der Haare nach Radioepilation 1753.
Mutscheller, A., Physikalische Standardmaße zum Schutze gegen die Gefahren 1127.
Myers, C. N. s. Fordyce.
— — — — Mueller.
— — — u. Corbitt, H. B., Giftigkeit des Arsphenamins 1483.

Nadol, R., Neuzeitliche Behandlung des Nävokarzinoms 1217.
*Nadel, A., Neue klinische Reaktion des syphilitischen Exanthems 1105.
Naegeli, Bromoderma tuberosum 1278.
— Essentielle Teleangiektasien 1278.
— Gruppierte Milienbildung 1278.
— Lupus erythematodes oder Boecksches Sarkoid? 1278.
Nager, Familiäres Auftreten von Epidermolysis bullosa dystrophica hereditaria 1279.

Digitized by Google

Nakagawa, T. s. Hidaka.
— K. u. Shimomura, A., Neue Methode der Alopeziabehandlung 1215.
Nander, Lichenoider Ausschlag nach Vijochin 1544.
— Lichen ruber bei einem 10 Monate alten Kind 1544.
— Zirzinärer Lichen ruber am Penis 1544.
Nardi, Giona, Wismutbehandlung bei hereditärer Lues 1387.
— G. s. Franceschini.
*Nathan, Peter, Buccosan-Tee 1812.
— s. Loewenstein.
Naujoks, H., Schwere Scheidenverätzung durch Chlorzink 1558.
Néel, A. s. Merklen.
von Neergaard, K., Theorie der Silbersalzwirkung 1189.
— — u. Schärer, Quellungsfähige Kolloide und Silberdepotbehandlung bei weiblicher Gonorrhoe 1023.
Neff, A. M. s. Mc Nair.
Negro, M. s. Blanc.
— — s. Lévy.
— u. Sacchi, Neue Antigonokokkenvakzine 1722.
Nemenow, M., Seminome und ihre Behandlung mit Röntgenstrahlen 1856.
Nemlicher u. Rappoport, Hemiatrophia des Gesichts und der linken Körperhälfte, verbunden mit idiopathischen Veränderungen der Haut 1197.
Nesbit, O. B., Dicksche Reaktion und Immunisation gegen Scharlach 1253.
Netter, A. u. Urbain, A., Variola und Alastrim, Komplementablenkung 1258.
Netzer, F., Sarkom der Vulva 1219.
Neuber, Eduard, Gilchristoche Blastomykose, Pathogenese und Therapie 1576.
Neubürger, K. s. Plaut.
Neuendorff, Zervixdiathermie bei weiblicher Gonorrhoe 1480.
Neumann, A., Ichtoxylbehandlung 1639.
— Über Dijodyl und die Frage der Überdosierung von Jod 1389.
— Hans Otto, Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen des Nabelschnurblutes und ihr diagnostischer Wert 1824.
— J., Syphilitische Reinfektion 1872.
Nicol, H., Erkrankung des Nervensystems bei Syphilis nach vorangegangener Salvarsanbehandlung 1854.
De Nicola, A., Hyperthermie und Diathermie bei Gonorrhoe 1875.
Nicolas, J. u. Gaté, J., Wert der WR 1246.
— — Gaté, J. u. Ravault, P., Erythema induratum Bazin 1084.
Nicolau, S., Livide und gangränöse Dermatitis des Gesäßes nach intramuskulären Injektionen bei Syphilis 1486.
— — s. Levaditi.
Nicolle, Ch. u. Durand, P., Neues in Diagnose und Behandlung des weichen Schankers 1452.
Nielsen, L., Abscessus fistulos. scroti et Epididym. ac. gon. 1544.
— — Vaginitis blennorrhoica acuta bei älteren Frauen 1544.
Nitze, Maximilian s. Zystoskop.
Nobl, Arthritis psoriatica 1275.
— G., Aussichten der persönlichen Blennorrhoevorbauung 1831.
— Cylindroma epitheliale pendulum 1052.
— Simultanauftreten von Lupus vulgaris und Epitheliome 1241.
— G., Ungewöhnliche Lippenexantheme 1220.
— — u. Kantor, R., Parenterale und perkutane Schwefeltherapie 1092.
*— — — Löwenfeld, W., Gewebsverhalten der künstlichen phlebitischen Thrombose 1495.
Noël, P., Juxta-artikuläre Knotenbildungen bei einer Europäerin 1212.
Noguès u. Durupt, Diagnostik der latenten Gonorrhoe 1814.
Nonne, Lues des Rückenmarkes mit dem klinischen Bild eines komprimierenden Tumors 1604.
Novák, F. V., Radiumbehandlung des Naevus flammeus 1639.
Nowakowski, K., Behandlung des Erysipeloids 1156.
Nyström, C. s. Kylin.

Oberling, Ch.s. Boeckel.
Ockerblad, N. F., Angeborene Erweiterung des Ureters 1556.
O'Donovan, W. J., Ulzeriertes syphilitisches Granulom der Schamteile mit Ausgang in amyloide Degeneration 1636.
— — — Zement-Dermatitis 1093.
— — — s. Sequeira.
Oeller, H., Pathologische Physiologie des Mesenchyms und seiner Stoffwechselleistungen bei Infektionen 1067.
Oelze, F. W., „Albert 102"; Methodik der Spirochätenuntersuchung 1385.
— Lues gegen Salvarsan und „Albert 102" resistent 1474.
Ogata, N. s. Busson.
Ohno, T., Naevus cartilagineus 1056.
— — s. Toyama.
Okayasu, O., Melanosarkom des Penis 1056.

Digitized by Google

Okell, C. C. u. Parish, H. J., Dicksche Reaktion bei Scharlach 1791.
Okun, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bei den Bauern 1873.
O'Leary, P. A. u. Conner, H. E., Akute Purpura haemorrhagica als Komplikation bei der Syphilisbehandlung 1638.
Oliver, W. J., Fall von subkutanen Knötchen zur Diagnose 1637.
*Ollendorf, Helene s. Buschke.
Opitz, E., Karzinom und Karzinomheilung 1216.
Oppenheim, Pemphigus mit Leukoplakie der Mundschleimhaut, Nagelveränderungen und Hautatrophie 1053.
— Ulcus des Nasenrückens 1052.
— M., Innere Behandlung der Syphilis mit Spirozid und Stovarsol 1383.
— — Statistik, Prophylaxe, Therapie der Schädigungen der Haut 1701.
— — u. Taglicht, H., Milbenerkrankungen bei Dattelpackerinnen 1222.
Oppenheimer, R., Reizlose Harnantiseptika 1148.
Orleanski, K., Syphilitische Erkrankungen des inneren Ohres 1694.
Orlow, Diffuse Sklerodermie 1848.
Ormsby, O. S., Leiomyom der Haut 1245.
Orth, O., Prostata und ihre klinische Bedeutung 1551.
Ortmann, Fr., Technik der intravenösen Injektion 1701.
Ossoinigi Negat,ve Phase der Tuberkulinempfindlichkeit 1281.
Otto, F., Harnröhrenstrikturen, Fisteln und falsche Wege 1516.

Pais, L., WR und Flockungs-Trübungsreaktionen 1245.
Palagyay, J., Anwendung des Holzknechtschen Dosimeters zur Messung der Oberflächendosis in der Tiefentherapie 1127.
*Paldrock, A., Chemie des Lepraerregers 1431.
*— — Komplementverbrauch bei CO_2-Behandlung der tuberösen Lepra 1456.
*— — Leukozytensturz bei Leprösen 998.
Palmer, E. R., Bemerkungen über Zystitis 1757.
— — — Gonorrhoe der hinteren Harnröhre und der Samenblasen 1482.
Palvarini, Sarcoma Kaposi 1755.
Panisset, L. s. Goldenberg.
*Panofsky, W., Vergleichende Untersuchungen über WR, MTR, SGR und Sternsche Modifikation 1623.
Panton, Ph., Vakzinebehandlung des Trippers 1447.
Papegaay, Lymphogranulomatose 1784.
— Sarcoma multiplex haemorrhagicum idiopathicum 1784.
Parhon, C. u. Marza, V., Cholesteringehalt des Nebenhodens und der Nebennieren 1515.
Parish, H. J. s. Okell.
Parkhurst, H. J., Dermatitis durch Chrom bei einem Blaudruckarbeiter 1692.
Parturieux, Gaston, Lumbale Form der Blasenkrisen 1551.
Pasch, C., Kombinierte Gonorrhoebehandlung bei Frauen mit Sublimat-Olobintin 1494.
Pasini, A., Dermatitis papillomatosa capillitii 1088, 1752.
Patel, M. u. Mallet, Vereiterte Zyste der Niere 1723.
Patzschke, Walther 1030.
— Hämatogener Lupus vulgaris 1571.
— Sklerodermie 1571.
Paulin s. Lacassagne.
Pautrier, L.-M., Erythema indurativum 1249.
— — Erythrodermia exfoliativa, dann generalisierte Psoriasis, im Gefolge einer Psoriasisbehandlung mit Azetylarsan 1059.
— — Lichen scrofulosorum, stark juckend und Lichen planus vortäuschend 1688.
— — Pemphigus subaigu, à bulles extensives 1249.
— — Spätes Auftreten von Urticaria pigmentosa 1059.
— — Tuberkulide des Gesichts 1249.
— — Über außengewöhnliche Lichenifikationen 1116.
— — Vakzinebehandlung des weichen Schankers 1640.
— — Zum Protokoll 1248.
— u. Leriche, Dermatitis atrophicans 1688.
— L.-M. u. Lévy, G., Betrachtungen über die Dyskeratose und die Gruppe der sogenannten dyskerat. Affektionen 1058.
— — — — — Der Austausch zwischen Kutis und Epidermis 1251.
— — — — Ulzerierendes und destruierendes Epitheliom des Gesichts 1059.
— — — Metzger, Dermatitis herpetiformis, rein herpetiforme Varietät 1249.
— — — — Knötchenförmige und ulzerierte Hauttuberkulose 1688.
— u. Robert, Sarkoide im Gesicht mit Neigung zu Atrophie 1688.
— L.-M., Ambard, L., Schmid, F. u. Lévy, G., Heilung von Unterschenkelgeschwüren durch Insulin bei Hyperglykämie ohne Glykosurie und bei normaler Glykämie 1059.

Digitized by Google

Pautrier, L.-M., Ambard, L., Schmid, F. u. Lévy, G., Durch Insulin geheilte atonische Ulzeration bei normaler Glykämie 1249.
— — Metzger u. Lévy, G., Acne papulo-pustulosa mit Bildung von Keloiden und atrophischen Komedobildungen 1249.
— — Schmid, F. u. Robert, Heilung eines Unterschenkelgeschwürs bei normalem Blutzucker mit Insulinpulver 1688.
*Pawlow, N. F. s. Tschernogubow.
Payenneville, Symmetrisches Adenoma sebaceum gleichzeitig mit Recklinghausenscher Krankheit 1250.
— u. Castagnol, Riesenhafte Lichenifikation und knötchenförmige gleichzeitig 1250.
Payr, E. s. Zweifel.
Pearce, L., Therapeutische Wirkung des Jodkaliums bei experimenteller Kaninchensyphilis 1689.
Pedersen, V. C., Elektrotherapie in der Urologie 1833.
— — — Syphilis vom sozialen Standpunkt 1119.
Pegard, Saud u. Caridroit, Experimenteller Hermaphroditismus als Beweis des fehlenden Antagonismus der Geschlechtsdrüsen bei erwachsenen Hühnern 1515.
Pelagatti, M., Cutis verticis gyrata 1767.
Pelliccioni, A., Wirkung von Gonokokkenvakzinen bei Gonorrhoe 1026.
Pellicioni, Leukaemia cutis lymphatica 1016.
Pellissier, L., Syphilis der Milz 1794.
Per, M., Xeroderma pigmentosum 1872.
Perin, L., Epithelioma basosebaceum 1819.
Périn s. Milian.
Perlmann, S., Verengerungen der Ureteren 1511.
Pernet, G., Akuter, primärer Lupus erythematodes 1485.
— — Geschichtliches über Skabies und die Paläontologie des Akarus 1725.
— — Mikrosporie bei Erwachsenem 1692.
Persky, A. M. s. Almore.
Perrier, H., Blauer Mongolenfleck 1195.
Perutz, A., Cutis marmorata pigmentosa 1053.
— — Medikamentöse Behandlung der Harnröhrengonorrhoe des Mannes und deren pharmakologische Grundlagen 1727.
— — Zur internen Behandlung der männlichen Harnröhrengonorrhoe 1492.
— — s. Lasch.
Peter, K., Fibrolysinintoxikation 1700.
Petow, H., Wittkower, E. u. Pietrkowski, D., Vitalfärbungen von Zellen und Geweben 1063.
Pette, H., Spontane Enzephalitis beim Kaninchen 1314.
Pewny, R., Tödliche Pyrogallolvergiftung 1702.
Peyre, E. s. Gougerot.
Peyrer, R., Trichophytin und Tuberkulin 1065.
Peyri, J. M. u. Tragant, J., Dermatosen und endokrine Erkrankungen 1024.
Pfahler, G. E., Elektrokoagulation oder Austrocknung bei Behandlung von Keratosen und maligner Degeneration nach Radiodermatitis 1126.
Pfeifer, B., Chemotherapie der progressiven Paralyse 1385.
Pfister, E., Geographische Bemerkungen über die Prostatahypertrophie 1511.
Pflaumer, E., Verbesserte Lampen für Zystoskope 1511.
Philippson, A., Behandlung des Gesichtsekzems, des Analjuckens und des Intertrigo 1762.
— K., WR mit cholesterinisiertem Extrakt 1544.
— L., Ehrlichs sterilisierende Therapie der rezenten Syphilis 1323.
Picard, H. s. Bruhns.
Pick, E. u. Kaznelson, P., Zu den Bemerkungen Richters über eine eigenartige Dermatose bei Polyzythämie 1735.
— O. W., Ist unsere Syphilisbehandlung falsch oder richtig? 1759.
Picker, R., Chirurgie der Samenwege 1608.
Pierangeli, Vitiligo durch Chokwirkung 1194.
Pietrkowski, D. s. Petow.
Pillat, A., Wirkung der Milchersatzpräparate und anderer unspezifischer Reizkörper bei Gonoblennorrhoe 1493.
Pils, Hans, Aphthosis 1572.
Pinkus, Bericht über die Reise zum 2. allrussischen Kongreß zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Charkow 1686.
— F., Zur Kenntnis der menschlichen Schweißdrüsen 1188.
Pirlik, Verlauf der Syphilis während der Hungerjahre 1283.
Planner, H., Therapeutische Versuche über Organluetin 1612.
Plaut, F., Mulzer, P. u. Neubürger, K., Impfenzephalitis der Kaninchen 1314.
Plehn, A., Beobachtungen bei Paralytikermalaria 1390.

Digitized by Google

Plenge, C., Lipoide und Pigmente der Prostata 1552.
Podolsky, E., Beziehungen des Tanzes zu den Geschlechtserregungen 1760.
— — Geruchsempfindung und Geschlechtserregung 1120.
Poehlmann, A., Trockenkomplement 1321.
Pohlmann, H., Casbis-Salvarsanbehandlung 1827.
— Lupuskarzinom 1021.
Pokorná, M., Das trockene Komplement Pharmagans 1509.
Polgár, Fr., Nachbehandlung der Folgen von Röntgenbestrahlung des Gesichts 1126.
Pollacci, Entwicklungszyklus des Trichophyton, Mikrosporon Achorion 1753.
Pollet, L. s. Barbonneix.
Pollitzer, R., Ätiologie und Pathogenese des Scharlachs 1254.
Polya, E., Krebsätiologie 1198.
Pometta, D., Berufsdermatosen bzw. Gewerbeekzeme in der Praxis der Schweizer Unfallversicherungsanstalt in Luzern 1093.
Pontoizeau s. Gastou.
Poór, Fr., Leukoderma acquisitum centrifugum 1766.
Popesco, C. s. Goresco.
Popow, J. s. Kritschewsky.
Poppel, Frühzeitige Diagnose des Pemphigus vulgaris 1847.
Porcelli, Behandlung der Hautkrebse mit der Methode von Ghilarducci 1751.
— Strahlenbehandlung der Ekzeme 1820.
Pordes, F., Wirkungsmechanismus der Röntgenstrahlen 1122.
Porosz, M., Phimosis und Balanitis 1516.
— — Spermazellen, Gestalt, Bewegung, Lebensdauer 1856.
*von der Porten, Paul, Neue Aeordnung der Syphilisbehandlung 1811.
Porter, Ch. A., Chirurgische Behandlung von Röntgenschädigungen 1126.
de la Portilla, J. F., Erythrodermia postsalvarsanica 1788.
*Portmann, F. W., Erfahrungen mit Wismut-Diasporal 1781.
Porudominski, Ergebnisse der Jahresarbeit im venerologischen Ambulatorium Moskau 1696.
Poschacher, A., Mesurol, unlösliches Wismutpräparat 1026.
— — Trichostasis spinulosa 1026.
Posner, Carl, 1030.
— C., Diagnostische und prognostische Bedeutung der Harnsedimente 1062.
Pozzo, Knoten, Verhärtungen, Vaselinome und Gummen an Stellen von Injektionen mit unlöslichen Hg-Präparaten 1755.
Pozzo, Mycosis fungoides 1753.
Prausnitz, C. s. Stern.
Prelinger, H. s. Weber.
Preston, J. F. s. Fox.
Prichodkowa, E. K. s. Danilewsky.
Prichodschenko s. Rosental.
Probst, Th., Lipom und Trauma 1196.
Procházka, K., Ursachen der luetischen Spätsymptome 1816.
Progulski, St. s. von Gröer.
Prokoptschuk, A., Beitrag zur Frage der Paraffinome 1449.
Prosser White, P., Ekzem der Bäcker 1148.
Pugh, W. Scott, Epididymektomie 1120.
— W. S., Perinephritische Abszesse bei Kindern 1758.
— — — Variköse Venen in der Blase, Ursache einer Hämaturie 1834.

Queyrat, Aortitis mit Ektasie und Serumreaktion 1548.
Quigley, D. T., Außergewöhnlich großer Pigmentnävus 1196.
Quimby, E. H., Vergleich verschiedener Filter bei der Radiumbehandlung 1706.

Rabut s. Hudelo.
Rackemann, F. M., Kann Überempfindlichkeit erworben werden? 1065.
Radaeli, A., Immunitäre Phänomene bei Trichophytie 1754.
Radcliffe, A. A., Diffuse Psoriasis mit ausgedehnter Arthritis 1152.
Raiziss, G. W., Severac, M. u. Moetsch, J., Chemotherapie des Sulpharsphenamins 1325.
Rajewski, A., Verbreitung und Bekämpfung der Lepra in Rußland 1147.
Rajka, E., Außerordentlich oberflächliche Form der Trichophytiasis 1508.
— — Azykal bei akuter Gonorrhoe 1608.
*— — Eitererreger und Hautallergie im chronischen Ekzem 1678.
— — Pathogenese der Hyperämie bei der Entzündung 1646.
*— — s. Lehner.
*— — s. Török.
Ramazotti, Hyperkeratosen 1755.
Ramel, Edwin 1558.
— E., Beziehungen zwischen klinischen und histologischen Erscheinungen der Allergie 1065.
— — Hämatogene Blastomykose 1278.
— — Lichen albus 1278.
— — Nävoide, lineäre, atrophierende Dermatose mit atypischem Epitheliom 1278.
— — Rolle der Tuberkulose in der Ätiologie des Lupus erythematodes 1279.

Digitized by Google

Ramirez, M. s. Wise.
Randak, Framboësia luetica 1276.
— A. s. Arzt.
Rappoport s. Nemlicher.
Rasch, C., Atypische Skabies 1545.
— — Besniersche Prurigo; zur Arbeit Kellers: Asthma und Ekzem 1427.
— — Bullöser Primulaausschlag 1545.
— — Gesichtsekzem mit Kaposis varizelliformem Ausschlag 1545.
— — Hornbildung auf der Haut bei 10jährigen Mädchen 1545.
— — Hysterie, Pathomimie, multiple Exkoriationen und Ulzerationen 1543.
— — Mikrosporie bei Erwachsenen und Kind 1545.
— — Nekrolog für C. With 1543.
— — Pathomimie. Ätzungen an Armen, Gesicht, Brust 1544.
— — Traumatischer Haarausfall 1545.
— — Zum 25jähr. Jubiläum des Bestehens der Dänischen Dermatologischen Gesellschaft 1544.
— — Zypressendermatitis 1545.
Ravasini, C., Regeneration der Blase nach Exstirpation infolge Blasengeschwulst 1610.
Ravault, P. s. Nicolas.
Ravaut, P. u. Ducourtioux, Weicher Schanker der Zunge 1693.
— — Bith u. Ducourtioux, Wirkung des Insulins auf die Entwicklung der Psoriasis 1693.
Rawlins, A. G. s. Alderson.
Récamier, Durch die Schwangerschaft florid gewordene latente hereditäre Syphilis 1757.
Redfield, K. T., Kahnsche Reaktion 1639.
Redlich, F., Letale Hg-Intoxikation nach einmaliger Novasurolinjektion 1386.
Regard, G. L., Behandlung der Varizen mit thrombosierenden Injektionen 1131.
Rehm, O., Kolloidreaktionen in den Körperflüssigkeiten 1320.
Reich, F., Syphilitische Psychosen außerhalb der Paralyse 1686.
— W., Psychogener Tic als Onanieäquivalent 1581.
Reichert, Fr., Bazillogene Tumoren und tumorerzeugende Bakterien 1877.
Reid, W. D., Toxische Wirkung des Arsphenamins auf das Herz 1826.
Reilly, J. s. Teissier.
Reinecke, R., Diagnose von Steinen im untersten Teil des Ureters 1556.
Reiner, Ulcus rodens facici 1539.
Reiner, Ulcus rodens faciei 1539. gummosa 1053.
Reischauer, F., Entstehung der Prostatahypertrophie 1552.
Reiter, H., Serologischer Nachweis experimenteller Kaninchensyphilis 1315.
— — u. Köster, H., Technische Weiterentwicklung der WR auf Tuberkulose 1793.
Remenovsky, Ausgedehnter Tierfellnävus 1275.
Renshaw, A., Vakzinetherapie des Trippers 1447.
Reyn, A. Künstliches Licht (Kohlenbogenlicht) bei Lupus und der chirurgischen Tuberkulose 1261.
— — Röntgen- und Lichtbehandlung tuberkulöser Lymphome 1260.
Rhodin, H., Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei Scharlach 1790.
Richer, V., Genitaltuberkulose 1517.
Richon, L., Bowensche Erkrankung der Schleimhäute 1212.
Richter, E., Kolloide Eisen-Aluminiumlösung und neuere Wege in der Syphilisbehandlung 1571.
— W., Behandlung des Erysipeloids mit Autohämotherapie 1764.
*— — Dermatose bei Polyzythämie 1075.
*— — Schlußwort zur Arbeit Pick-Kaznelson über Dermatose bei Polyzythämie 1736.
Rico, J. T., Rolle der Proteine bei der Diffusion der unlöslichen Hg-Verbindungen 1700.
Riecke, E., Tatauierungswesen im heutigen Europa 1854.
Riggs, T. F., Syphilitische Darmgeschwüre 1483.
*Rille, J. H., Über ein eigenartiges Granuloma subinguinale 1647.
Ringleb, O., Maximilian Nitzes Erfindung des Zystoskops 1609.
Rinsema, P. G., Schambergsche progressive Pigmenterkrankung der Haut 1783.
Ritch, C. O. s. White.
Ritchi, D. D., Herpes zoster und Varizellen 1134.
Ritter, H., Golddermatitis 1606.
— — Papulonekrotisches Tuberkulid 1606.
— — Psoriasis mit Triphal behandelt 1606.
— — Teerakne 1606.
— Psoriasis durch Triphal geheilt 1571.
*— Hans u. Morsbach, Salvarsan- bzw. Quecksilberexanthem als unspezifischer Heilfaktor der Syphilis 1803, 1837.
— u. Westphalen, Über Albert 102 1603.
Rivalier, E., Über Ulcus-molle-Infektion 1115.
Robert s. Pautrier.

Digitized by Google

Roberti, J. s. Lortat-Jacob.
Robias, N. s. Weiss.
Robineau, M., Prophylaxe und Behandlung der Lepra 1260.
Robinson, C. A., Diathermie bei Gonorrhoe 1087.
— S. A. s. Cumberbatch.
Robitschek, W., Wismutsalze als Diuretika 1387.
Roederer, J. u. Lévy, G., Lupuskarzinom 1249.
— — — Metzger, M., Lupuskarzinom 1059.
— — — Zimmerlin, M., Tabische Arthropathie 1687.
Rohleder, Schulärztliche Tätigkeit bei sexuellen Verirrungen und Erkrankungen 1857.
Rojansky, T. 1558.
Rolando, S., Urolithiasis calculosa 1054.
Roffo, A. H. u. Correa, L. M., Einwirkung der Röntgenstrahlen auf den Cholesteringehalt der Geschwülste 1197.
Roger, H. u. Bassère, Latente tabische lumbale Osteoarthropathie 1312.
Ronchese, F., Extragenitale Primäraffekte 1821.
Rosanes, L., Das exogene Moment bei der Tabes 1823.
Rösch, H., Pathogenese des weiblichen Fluors 1578.
Rose, G., Kutane Infektion des Meerschweinchens mit Herpesvirus 1730.
Rosen, J. s. Fordyce.
Rosenberg, N. L., Untersuchung des Liquors bei Lues 1758.
*— Walter, Prurigo lymphatica 1396.
Rosenheck, Ch., Juvenile Paralyse 1483.
Rosenmeyer, K., Therapie der sogenannten Fettsteine in der Blase 1511.
Rosental u. Prichodschenko, Behandlung der Lepra mit Thymol 1191.
Rosenthal, M. u. Kruglack, E., Bakteriologische Diagnose der Lepra 1791.
Rosenthal, Franz, Sensibilisierung für Erythema solare 1685.
— — Transargin, neues Antigonorrhoikum 1685.
— Oskar 1518.
— S., Fall zur Diagnose 1541.
— — Lipoma multiplex und sarkomatöse Infiltration am Unterschenkel 1540.
— — Zirkumanale Epitheltumoren 1541.
Rosentul, Granuloma annulare 1695.
Rosenzweig, Behandlung der Psoriasis und anderer Dermatosen nach Brock 1153.
Rossi, Exkreszenzen am Thorax als Ausgang nach Zoster 1755.
Rother, W., Hämolyse der Streptokokken 1621.
Rothman, Stephan, Hauterscheinungen bei bösartigen Geschwülsten innerer Organe 1574.
— — Neuere Probleme auf dem Gebiete der Lichttherapie 1129.
Rothschild, A., Omissio literaris 1608.
Rotter, H., Wie aszendiert die Blennorrhoe bei Frauen? 1831.
Roublot, E., Eiweißnährboden für Gonokokkenkulturen 1454.
de Rougemont, J. s. Delore.
Rousseoux, Ch., Fall von Zoster-Varizellen 1134.
Roussel, B., Framboetische Ostitis „Gundu" 1488.
Roxburgh, A. C., Schambergsche Krankheit oder Angioma serpiginosum 1636.
— — — Erythema induratum (Whitfield-Typus?) 1636.
— — — Papulo-nekrotisches Tuberkulid 1636.
Rubinstein, Technik der Untersuchung des Liquors 1056.
— Wert der WR 1056.
— B. s. Kogan.
Rudolf, M., Hämoglobinurie nach Malariabehandlung bei quarternärer Syphilis 1829.
Ruelle, G. s. Bernard.
Ruete, A. u. Weckesser, P., Neues Silberpräparat bes. für Behandlung bei Cervizitis und Fluor albus 1514.
Ruge, Heinrich, Einfache Gelbsucht und Gelbsucht nach Salvarsan 1576.
Rule, A. M. s. Schamberg.
Rusch, Lichen scrofulosorum 1242, 1276.
— Lupuskarzinom 1241.
— Pityriasis lichenoides 1275.
— Psoriasis mit Schleimhautefloreszenzen 1241.
— Psoriasis mucosae oris 1276.

Saad, B., Kombinierte Behandlung der blennorrhoischen Arthritis 1486.
*Saalfeld, Edmund, Hypertrichosisbehandlung 1565.
— E., Pemphigus der Mundschleimhaut 1686.
— — Röntgenverbrennung 1686.
Sabouraud, R., Ikonographische Studien der Staphylokokkenpustel 1850.
Sacchi, M. s. Negro.
Sachs, H., Behandlung der chronischen Gonorrhoe der Frau 1494.
— Hans, Entstehung der syphilitischen Blutveränderung 1010.
— O., Lues und Karzinom.
— — Über Bindegewebsnävi 1195.
— H., Klopstock u. Weil, Entstehung der syphilitischen Blutveränderung 1315.

Digitized by Google

Sachs, H. u. Klopstock, A., Serodiagnostik mittels Benzochol-Extrakten 1319.
Sackenreiter, G., Seltene Hautläsionen durch chemische Substanzen 1249.
Saigràjeff, M. A., Autohämotherapie bei Gonorrhoe 1607.
— Prophylaxe der Gonorrhoe und die venerologischen Ambulatorien 1695.
— M. A. s. Fronstein.
Sainz de Aja, E. A., Akuter Jodismus 1510.
— — — — — Interne Behandlung der Syphilis mit Treparsol 1510.
— — — — — Gonokokkenvakzine mit Urotropin 1788.
— — — — — Infektionen bei Ekzemen und die Ekzembildungen bei Pyodermien 1788.
— — — — — Keratodermia blennorrhoica 1723.
— — — — — Selbstheilung eines Lichen scrofulosorum 1724.
*Salkind, Eugen, Wismutbehandlung 1232.
Salomon, A., Nierenfunktion bei Blasenstauung, speziell bei Prostatahypertrophie 1556.
Šamberger, F., Diathetische Hautentzündungen 1068.
— — Janovskysche Ära in der Dermatologie 1508.
— Rolle der Lymphe in der Pathologie der Hautkrankheiten 1059.
Sarateanu, F. u. Blumental, M., Ikterus in der noch seronegativen Phase 1756.
Sattler, E., Karzinom der Mamma mit Sklerodermie 1768.
Saud s. Pegard.
Saudek, J., Behandlung der akuten Gonorrhoe und ihrer Komplikationen 1423.
Sauphar s. Milian.
Schaffer, J., Hautdrüsen bei Säugetieren und Myxine 1860.
Schall, L. u. Alius, Biologie des Ultravioletlichts: Dosimetrie, Messung der Hautreaktion 1727, 1728.
Schamberg, J. F., Intravenöse Injektion von Harnsäure bei Tieren 1151.
— — — u. Brown, H., Beziehungen von erhöhtem Harnsäuregehalt im Blute zum Ekzem und anderen Dermatosen 1151.
— — — — Greenbaum, S. S., Multiple Neuritis mit Gelbsucht nach Neo-Arsphenamin 1382.
— — — — Harkings, M. J., Aknitis, bakteriologischer Befunde 1117.
— — — — Rule, A. M., Wirkung des Traubenzuckers auf die Haltbarkeit des Arsphenamins 1451.
Schapiro, B., Gonorrhoebehandlung mit Targesin besonders Rektalgonorrhoe 1831.
Schärer, R. s. v. Neergaard.
Scherber, G., Höhensonne bei Lichenruber-Formen, Pemphigusarten, Mycosis fungoides usw. 1129.
— — Wechselwirkungen zwischen Syphilis und Tuberkulose 1793.
Schereschewsky, N., Haarwuchs und innere Sekretion 1221.
Schilf u. Stahl, Physiologie der peripherischen Bahnen der Gefäßsensibilität 1862.
Schimada, H., Über hypertonische Traubenzuckerinjektionen 1060.
Schinz, H. R. u. Stotopolsky, B., Grundsätzliches zur Steinach-Operation 1555.
Schirmer, O., Heilung von Psoriasis durch Atochinol 1152.
Schischow, Beobachtungen über das Reargon 1695.
Schittenhelm u. Echardt, Anaphylaxiestudien. Aktive Anaphylaxie und retikulo-endotheliales System 1643.
— A. u. Stockinger, W., Anaphylaxiestudien. Idiosynkrasie gegen Nickel 1643.
Schleicher, H., Ätiologie des Zungenkarzinoms; Rolle der Syphilis dabei 1198.
Schlenzka, A., Targesin bei Gonorrhoe, besonders bei G. posterior und cervicalis 1513.
Schlesinger, Chronische, spätsyphilitische Gelenkerkrankungen 1285.
Schloßberger, H., Chemotherapie der Infektionskrankheiten 1875.
Schlunk, F., Therapie von Varizen, Zusammenstellung 1729.
— — s. Wichmann.
Schmid, F. s. Ambard.
— — s. Pautrier.
Schmidt, A., Periarterielle Sympathektomie 1132.
— Poikilodermia atrophicans vascularis 1016.
— Fr., Mesurol in der Luesbehandlung 1386.
— H., Steigerung der Antikörperbildung durch intravenöse Manganchlorüreinspritzungen 1878.
— W. J., Feinerer Bau der Kutikula des menschlichen Haares. Schlußwort zur Diskussion mit Friboes 1423.
Schmitt, Aug., Plautsche Krankheit 1026.
— K., Akrodermatitis chronica atrophicans 1021.
— — Dermatitis herpetiformis Duhring 1021.
— — Leukoderma psoriaticum 1021.
— — Lichen ruber acuminatus 1021.
— — Psoriasis pustulosa 1021.
— — Pemphigus vulgaris 1021.
— — Pityriasis rubra pilaris 1021.
— — Raynaudsche Erkrankung 1021.
— — Verhältnis des Lichen ruber acuminatus zur Pityriasis rubra pilaris 1613.

Digitized by Google

Schmitz, K. E. F., Brauchbarkeit des Trockenkomplements 1321.
Schneemann, Drainagebehandlung von Ulcus molle-Bubonen 1453.
Schnepp, B., Erfahrungen über „Resantin" (polyval. Gonokokkenvakzine) 1492.
*Scholl, Otto Konrad, Psoriasis arthropathica mit Akrodermatitis atrophicans 1223.
Scholtz, M., Hauttuberkulose im Gegensatze zur konstitutionellen 1120.
Schönfeld, W. u. Müller, W. G., Resorptionsfähigkeit der Harnröhren- und Blasenschleimhaut 1517.
Schönstein, A., Gichtiges Erythem an der Dorsalfläche der Finger 1542.
— — Ulcera linguae tuberculosa 1540.
— — Ulcus mucosae oris bei Tuberkulösen 1540.
Schoop, A., Örtliche Reizbestrahlung mit künstlicher Höhensonne 1130.
Schorer, G., Angioneurotisches Ödem (Quincke) mit ungewöhnlichen Begleiterscheinungen 1130.
Schottmüller, H., Behandlung der Aortensyphilis 1482.
Schrankel, R. s. McGraw, R. B.
*Schreiner, Karl, Histopathologische Veränderungen am Zentralnervensystem bei Pemphigus 1559.
Schreus, H. Th., Röntgenerythem, Verlauf 1124.
— — — u. Klein, J., Ist die Haut bei filterloser Bestrahlung stärker gefährdet, als bei schwacher Filterung? 1787.
Schtamow, Dermatitis gangraenosa infantum — ein Tuberkulid der Haut 1872.
Schubert, J., Flockungsreaktionen und WR 1316.
— M., Gonorrhoische Gelenkmetastase nach Trauma 1546.
Schuhmacher, C. u. Moncorps, C., Haut- und Schleimhauterkrankungen bei Grippe 1090.
— — u. Spatz, K. W., Erfahrungen über Bismuto-Yatren 1389.
Schükri, A., MTR 1318.
Schüle, A., Kupierung des Furunkels 1154.
Schuler, Clara u. Urech, Inaktivitätstemperatur beim serologischen Luesnachweis 1316.
Schulmann s. Farber.
Schulmann, E. u. Terris, E., Behandlung der syphilitischen Meningitiden 1322.
Schultz, P. A., Vergleichende Messungen an der Höhensonne und der Quarzlampe „Wiusol" 1728.
*Schumacher, Josef, Ergebnisse der Syphilisforschung 1040.
Schumacher, Josef, Spezifisch-spirillozide Wirkung des Salvarsans 1572.
*— — Wirkung des Salvarsans bei der Tabes, Paralyse und der Abortivbehandlung der Syphilis 1404.
— J. s. Unna.
Schürch, O., Acrodermatite continue (Hallopeau) 1279.
— — Keratodermia maculosa disseminata palmaris 1278.
Schuster, J., Spontane Enzephalitis beim Kaninchen 1314.
Schuyler, A., Radium in der Dermatologie 1128.
Schwab, E., Vakzinetherapie der weiblichen Gonorrhoe 1831.
Schwalbe, J., Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung, 1855.
Schwarz, A., Intoxikationserscheinungen nach Stovarsol 1384.
— O. A., Diagnostische Bedeutung des Schrammschen Phänomens 1607.
— — — Resorptionsfähigkeit der Harnröhren- und Blasenschleimhaut 1833.
— G., Fortgesetzte Kleindosis und deren biologische Begründung 1123.
— — Kein Röntgenkater mehr! Bemerkung zur Arbeit Zweifel 1704.
Schwenkenbecher, A., Insensible Schweißabsonderung 1030.
— — Erwiderung auf Artikel Loewy: insensible Perspiration 1620.
Scomazzoni, K-Ca-Befunde bei einigen Dermatosen 1753.
Sczawinskaja, S. E., s. Danilewsky.
Sealhof, C. S., Können gesunde Personen Träger des Streptobazillus sein? 1829.
— C. C., Syphilis der Harnblase 1822.
Sebening, W., Physiologie und Pathologie der Brustdrüse 1578.
Seel, L., Beeinflussung des Wachstums des experimentellen Teerkrebses durch Extrakte von Drüsen mit innerer Sekretion 1219.
Seifert, E., Pseudomilzbrand 1155.
Seligsohn, Diabetes insipidus und Lues 1311.
Sellei, J. u. Fenyö, J., Iontophoretische Dermoreaktion 1506.
Sellheim, H., Verbesserte Abderhaldensche Methode für die Sexualwissenschaft 1859.
Selter, E. s. Levy.
Semenenko, Autojanetisierung beim Tripper 1873.
Semon, H. C., Die meist mit Syphilis verwechselten Hautleiden 1087.
— — — Livedo racemosa 1637.
— — — Lichen planus an Mund und Lippen 1635.
— — — Streptothrixinfektion 1635.

Digitized by Google

Sequeira, J. H. u. O'Donovan, Praktische Erfahrungen mit künstlicher Lichtbehandlung 1706.
Serralach, N., Diathermie in der Urologie 1721.
Severac, M. s. Raiziss.
Sewastjanow, Neosalvarsan bei Psoriasis 1763.
Sexton-Marshfield, W. G., Papillom der Blase, Schwangerschaft komplizierend 1120.
Seyfarth, C., Leproserie „Spina longa" bei Kreta 1791.
Sézary, A., Multiple Sklerose und Syphilis 1823.
— — u. Barbé, A., Behandlung der Nervensyphilis mit fünfwertigem Arsen 1384.
Shaffer, L. W. s. Stokes.
Shefferd, J. M., Ungewöhnliche Hg-Vergiftung 1703.
Sheplar, A. E. s. Baylis.
Shimomura, A. s. Nakagawa.
Sieben, H., Generalisierter Schweinerotlauf beim Menschen 1156.
Siedamgrotzky, K., Verhalten der Hautkapillaren im röntgenbestrahlten Gebiete 1124.
Siedner, E., Eiweißstein in der Blase 1511.
Sielberg, Vernachlässigte Syphilis und Kurpfuschertum 1696.
Siemens, H. W., Ätiologie des Turmschädels und dermatologische Methode zur Diagnose der Eineiigkeit bei Zwillingen 1028.
— Hermann, Werner, Klinik und Histologie einer nichterblichen Form der Epidermolysis: Bullosis mechanica toxica ex usu Arseni 1573.
*— — — Pigmentmäler, Lentigines und Epheliden bei Mischung verschiedener Rassetypen 1563.
— H. W. u. Cohen, G., Arthropathia tabica acuta inflammatoria 1784.
Sierakowski, S., Mikromethode zur Diagnostik der Blennorrhoe 1489.
Silbiger, B., Gutartige Geschwülste der Tonsillen 1769.
Simon, C., Pluralität des syphilitischen Virus 1849, 1851.
— — Sklerose, berufliche Infektion an der Konjunktiva bei einem Arzte 1248.
— Clément u. Bralez, Syphilitische Erscheinungen während Wismutbehandlung 1058.
— — — Thiollat, Syphilitische Haut- und Nervenerscheinungen gleichzeitig 1058.
Simnitzki, Angina pectoris, Beziehung zur Syphilis und Behandlung 1309.
Sindoni, M. B., Exanthematische Krankheiten 1789.
Sioli, F., Behandlung von Paralyse und Tabes 1011.
Sirota, L., Behandlung der Dermatosen mit Calcium chloratum 1090.
— — Behandlung der akuten Gonorrhoe und ihrer Komplikationen 1491.
*— — Zwei klinisch beobachtete Sklerodermiefälle 1228.
Skiles, J. H., Agranulozytäre Angina 1220.
Sklarz, E., Fremdkörper in der Blase und multiple Divertikel 1511.
— — s. Buschke.
Skomarowsky, A., Purpura annularis teleangiectodes Majocchi 1147.
Slawik, Ernst, Syphilis congenita, Literatur der letzten 4 Jahre 1794.
Smiley, H. E., Sigma-Reaktion 1852.
Smith, D. C. u. Gill, R. D., Unspezifität der Luetinreaktion 1638.
— E. A., Keratosis blennorrhoica 1485.
— S. W., Folliculitis capitis fulminans 1154.
Sobernheim, G. u. Murata, H., Experimentelle Milzbrandinfektion 1155.
Soboleff, Allgemeine Betrachtungen über die Behandlung der Syphilis 1324.
— L., Zur Frage der Trichophytie 1789.
Soika, G. s. Stümpke.
Sokolowski, A., Milchdrüsen, Phylogenesis 1120.
Solente s. Milian.
Somogyi, S., Aktivitätsreaktionen bei Hauttuberkulose 1426.
Sonntag, Erysipeloid und seine Behandlung 1156.
— Interessante Geschwülste aus der chirurgischen Poliklinik Leipzig 1195.
— Seltenere Brustdrüsengeschwülste 1767.
Le Soudier u. Verge, J., Atypische Gonokokkenformen 1489.
— — — — — Eiweißnährboden für Gonokokkenkultur 1830.
Soyka, Ludwig, Tuberkulose der Nase 1220.
Sparacio, B., Bowensche Krankheit 1089.
— — Über klinische und serologische Abweichungen der Syphilis 1486.
Spatz, K. W. s. Schumacher.
Spiethoff, Dariersche Krankheit 1476.
— Dermatitis Duhring 1477.
— Familie mit Recklinghausenscher Krankheit 1477.
— Granulom der Sehnenscheiden 1476.
— Keratoma palmare et plantare 1476.
— Multilokuläre, essentielle Keratodermie 1477.
— Mycosis fungoides 1476.
— Pityriasis lichenoides chronica in atypischer Form; haemorrhagische Variante 1476.
— B., Prophylaxe und Therapie der Salvarsannebenerscheinungen 1382.

Digitized by Google

Spiethoff, Prurigo Hebrae 1476.
— Sarkoid Boeck 1476.
*— B., Schwefel in der Gewebs- und Reiztherapie 1077.
— Spindelzellensarkom der Haut 1476.
— Ulzeröse Lues III, gegen Salvarsan, Jod, Wismut refraktär 1476.
Spillmann, L., Tabes und tertiäres Hautsyphilid 1251.
— — Zunahme der Häufigkeit der Syphilis 1251.
— u. Drouet, Multiple Dystrophien wahrscheinlich kongenital-syphilitischen Ursprungs 1250.
— — — Syphilitisches Gumma des Sternums und allgemeine Melanodermie 1251.
Spilmann, W., Hodenstrangulation 1553.
Spitzer, E., Dermatitis herpetiformis Duhring 1276.
— — Gewerbliche Schwefelsäureätzung 1276.
— Korymböse Lues 1276.
— Lichen planus 1276.
— Narbenkeloide 1276.
Sprinz, Acrodermatitis chronica atrophicans 1446.
— Fleckförmige Sklerodermie 1446.
— Symmetrische, fortschreitende Teleangiektasien bei kongenitaler Syphilis 1446.
Ssutejew, Urticaria pigmentosa infantum 1191.
Stadnitzki, Syphilis der Schädelknochen 1871.
Stahl s. Schilf.
*Stangenberg, Jos., Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens 1209.
Starobinsky, A., 500 Serumuntersuchungen mit der kolloidalen Benzoereaktion 1875.
— — Kolloidbenzoereaktion 1320.
— — s. Golay.
Stegmüller, Wismutbehandlung der Syphilis 1387.
Stefanini, G. B., Novokain-Formalinreaktion Costas und Beziehung zur WR 1089.
Stein, R. O., Ursache und Verhütung der Telephon-Radiohörmuscheln-Dermatitis 1702.
Steinberg, J., Reflektorische Nierenschmerzen 1758.
— W., Ein Schalter zum Schutze von Röntgenröhren 1128.
Steinbrinck, W. u. Stukowski, J., Chronische myeloische Leukämie mit Hauterscheinungen 1192.
Steiner, G., Zum Aufsatz György, Herpesenzephalitis 1760.
Stern, A., Gummata periostalia der Stirngegend 1541.
— — Talgdrüsentumoren im Haut- und Unterhautzellgewebe 1540.
— E., Sexualpädagogik 1857.
Stern, M., Über Trockenkomplement Pharmagan 1321.
— — u. Prausnitz, Reversibilität der WR 1316.
Sternberg, C., Lymphogranulomatose 1261.
— Über Heilbarkeit des Trippers beim Weibe 1872.
Stirling, D. C., Extraperitoneale Blasenruptur 1120.
Stobie, Wiederholte Attacken von Varizellen 1257.
Stockinger, W. s. Schittenhelm.
Stoeckenius, W., Geweblicher Aufbau des weichen Nävus 1195.
Stokes, Ch. F., Therapeutische Möglichkeiten mit geringen Röntgendosen 1703.
— J. H., Primäre Impftuberkulose der Haut 1792.
— — — u. Shaffer, L. W., Erfolge methodischer Behandlung von Nervensyphilis 1322.
— — — — Wilhelm, L. F., Tryparsamid bei Nervensyphilis 1450.
Stolz, Ch. E., Nieren- und Harnleitersteine 1120.
Störmer, A., Insulin bei Furunkulose 1154.
Stookey, P. F., Lebersyphilis 1758.
Stotopolsky, B. s. Schinz.
Straßmann, P., Ersatz einer Schrumpfblase durch Transposition des S romanum 1610.
Straus, H. u. Gollwitzer-Meier, Kl., Transmineralisation bei Sublimatvergiftung 1703.
Strauß, H., Chirurgische Behandlung interner Nierenkrankheiten 1609.
Strempel, Rudolf 1198.
Strickler, A. u. Brown, C. P., Befund der Spinalflüssigkeit bei Pemphigus und Dermatitis herpetiformis; Behandlung des Pemphigus vegetans 1609.
Strominger, L., Doppelseitige, syphilitische Hydrozele 1723.
— — Primäraffekt der Harnröhre 1723.
Ströszner, E., Milzbrandimmunität und -schutzimpfung 1155.
Strull, H. B., Anatomie der Endteile des Harn-Genitaltraktus 1482.
Stühmer, A., Bilharziaerkrankung der Blase 1022.
Stukowski, J. s. Steinbrinck.
Stümpke, G., Sycosis coccogenes 1150.
— — u. Soika, G., Schlußwort zur Arbeit: Biochemische Untersuchungen von Hautkrankheiten 1070.
Stutzin, J. J., Behandlung der Harnröhren-Mastdarmfistel 1609.
Sucharew, W., Beobachtungen an Syphilitikern, welche gleichzeitig mit Bi und Neosalvarsan behandelt wurden 1695.

Digitized by Google

Sukmann, Erythema induratum mit papulonekrotischen Tuberkuliden 1241.
Sundt, H., Lupus disseminatus 1725.
Sussmann, Gummöser Prozeß der Zunge 1242.
— Sarcoma idiopathicum 1276.
Sutherland, Ch. E. s. Halliday.
— G. A. u. Williamson, B., Behandlung der Purpura haemorrhagica durch Milzentfernung 1131.
Sutton, J. C., Behandlung von Zwischenfällen bei der Luestherapie 1638.
— — — Vorsicht bei der Diagnose von Hutchinson-Zähnen 1483.
Svikul, D. s. Lipschütz.
Szegö, P., Mit Bismut behandelte ausgetragene Zwillingsschwangerschaft bei habituellem Abortus 1507.
— — Hauterkrankungen bei Störungen der Ovarienfunktion 1765.
Szondi, L., Luetischer Hypophysentumor 1823.
— — Kenedy, D. u. Miskolczy, D., Morbus Recklinghausen, Beziehungen zum endokrinen System, Klinik und Histologie 1425.

Tachau, P., Klassifikation der Kinderekzeme 1151.
— Kochsalzbreibehandlung des Lupus vulgaris 1571.
— Psoriasisbehandlung mit Natrium salicylicum 1571.
— P., Syphilisdiagnose des praktischen Arztes 1793.
Taglicht, H. s. Oppenheim.
Takahashi, Sh., Trichophytinbehandlung der Trichophytie 1056.
— — Trichophytie und Trichophytonarten in Korea 1817.
Takasaki, S., Über den Namen „Palau-Tannushi" 1060.
— — Über „Nodosités juxtaarticulaires" Jeanselme 1060.
Takenaka, S., Autolysin bei Kaninchensyphilis 1246.
— — Leprabazillen in den Lymphdrüsen bei Lepra 1061.
— — Orchitis beim Kaninchen, durch Inokulation von Spirochäten der Rattenbißkrankheit 1060.
— — Spezifität der Seroreaktionen bei Lues, besonders Sachs-Georgi 1246.
Takenouchi, T., Uretersyphilis 1817.
Tapie, P., Blutende Brustwarze 1768.
Tarassewitsch, Standardisierung der WR 1148.
Tarchini, Knochenläsionen bei Lepra anaesthetica 1752.
— Scabies norvegica 1754.
Tartakowski, Dermatitis exfoliativa universalis bei Lues II und Ichthyosis congenita nach Salvarsan 1191.
Tedeschi, Senkungsgeschwindigkeit im Blute der Syphilitischen 1754.
Teissier, P., Gastinel, E. u. Reilly, J., Herpes beim Affen 1149.
Teodosijevitis, Syphilisbehandlung mit hohen Salvarsandosen 1325.
Terentjeff, Kombinierte Behandlung von Psoriasis mit Natr. salicyl. intravenös und Chrysarobinpaste 1763.
Terris, E. s. Schulmann.
Thaler, H., Immunität bei der Gonokokkeninfektion 1830.
Thibierge, G., Legrain, P. u. Leblois, Übertragung von Microsporon felineum von Katze auf Mensch 1692.
Thielemann, M. B., Zylindrom der Oberlippe 1770.
*Thieme, Jul., Thrombophlebitis am Präputium 1083.
— O., Salvarsan bei Framboesie 1157.
Thiollat s. Clément Simon.
Thjotta, Th. s. Bruusgaard.
— — s. Grön.
Thompson, A. G. G., Gerstenausschlag 1121.
— R. s. Kilduffe.
Thomson, D., Vakzinebehandlung des Trippers 1853, 1854.
— S., Katzentrichophytie 1449.
Throne, B., Lupus erythematodes, klinische Studie.
Thurn-Rumbach, St., Einseitige Ureterduplizität 1857.
*v. Thurzó, Eugen, Bekämpfung der Nebenerscheinungen der Salvarsantherapie 1237.
Tièche, Obligatorische Einzeichnung von Pocken und anderen Exanthemen in Körperschemata als diagnostische Methode bei Pockengefahr 1790.
Tütso, M. s. Lipschütz.
Tirelli, Biologische Begriffe in der Bi-Therapie 1755.
Tissot s. Gastou.
Tjunkin, Nebenwirkungen des Wismuts 1695.
— Primäraffekt des Auges 1450.
Tobias, N., Erblichkeit bei Hautkrankheiten 1617.
Tojunow s. Finkelstein.
Tomkinson, J. G., Röntgentisch für Trichophytiebehandlung 1221.
Tommasi, Heilung der Syphilis 1754.
— Lymphogranuloma venereum 1752.
— Syphilis und Trauma 1755.
Tonian, Behandlung einiger Hautkrankheiten mit intravenösen Brominjektionen 1848.

Digitized by Google

Tonietti, F., Anaphylaxiestudien, Serumkrankheit und vegetatives Nervensystem 1622.
— — — Hautreaktionen beim Menschen, Adrenalinlymphozytose 1642, 1643.
Toomey, N., Behandlung des Lichen planus 1481.
Török, L., Lehner, E. u. Kenedy, D., Experimentelles über die Durchlässigkeit der Kapillarwände bei der Entzündung 1645.
*— — u. Rajka, E., Einfluß der kongestiven Hyperämie und der Stauung auf die Quaddelbildung 1031.
— — — — — Entstehung des hyperämischen Entzündungshofes 1069.
Toyama, J. u. Ohno, T., Monilethrix 1817.
Tracy, E. A., Klinische Bedeutung der vasomotorischen Hautreflexe 1030.
Tragant, J. s. Peyri.
Treu, R., Beeinflussung der Tuberkulinintrakutanreaktion durch Serum 1282.
Trier, K., Behandlung von Angiomen mit Kohlensäureschnee und Elektrolyse 1196.
Trimble, William B. † 1094.
Truffi, Leishmaniose der Haut 1754.
Truttwin, H., Chemie des Andriols 1092.
Trýb, A., Nachruf für Janovsky 1508.
Tschebotarewa, Atypische Schankerformen 1285.
Tschernoguboff, N., Chronische Pyodermie 1573.
*Tschernogubow, N. A. u. Pawlow, N. F., Klinik der Lepriden; Lichen leprosus 1771.
Tschirky, V., Lymphogranulomatose inguinale subaiguë 1829.
Tschlekow, Sarkoid Boeck und Lupus pernio 1872.
Tschlenow, Über neurotrope Varietät der Spirochaeta pallida 1847.
Tulloch, W. J., Komplementbindungsprobe bei Gonorrhoe 1087.
Turner, A. L., Davidson, J. u. White, Xanthomatosis 1194.

Ugojumow, Über toxische Salvarsanwirkung 1449.
Uhlmann, Neurofibromatosis Recklinghausen 1019.
Ullmann, K., Bedeutung der Zusammensetzung und Methode der Anwendung spezifischer Antiluetika für die therapeutische Wirkung 1757.
— — Indikationen zur Röntgentherapie von Dermatosen 1123.
— Lupus erythematodes, 2 Fälle mit Krysolgan geheilt 1243.
Ulrich, M., Lipom der großen Labie 1196.
Undritz, Methode ungefährlicher Salvarsanverabreichung 1190.
Unna, G. W., Bronzefärbung am Oberschenkel nach Röntgenbestrahlung eines Gesichtsekzems 1571.
— — — Mycosis fungoides 1570.
*— Marie, Hypotrichosis congenita hereditaria 1167.
*— P. G., 75. Geburtstag, Weygandt 1748.
*— — — — — 1751.
*— — — s. Lorberbaum.
— — — u. Schumacher, Lebensvorgänge in der Haut der Menschen und Tiere, 1697.
— — jr., Fall zur Diagnose, 1604.
— — — Mycosis fungoides 1604.
— — — Pemphigus serpiginosus, bullöse Pyodermie oder Dermatitis herpetiformis 1604.
Untersteiner, R., Neue Anwendung der MTR 1317.
Urbach, Striae distensae 1242.
— E. u. Fantl, P., Quantitative Bestimmung von Chloriden in kleinsten Gewebsmengen 1089.
Urbain, A. s. Netter.
Urbán, Fr., Erfahrungen mit dem Hg-Präparat „Diphasol" 1508.
Urech, E. s. Schuler.

Vajda, Alice, Erosio blastomycetica ad angulos oris 1541.
— — Sklerodermia profunda 1542.
Valdiguié, A., s. Bonnefaus.
Vallery, P. u. Blamoutier, P., Kutireaktion bei Asthma, Heuschnupfen, Migräne, Urtikaria, Ekzem 1133.
Valtis, J. s. Baron.
Valvèrde, B., Spermakultur und Autovakzination bei Gonorrhoe 1756.
Vaughan, W. T., Hyperhidrosis und Zahnabnutzung als Folge von Parotisabszeß 1769.
Venturi, Erste Beobachtungen bei der Σ-Reaktion 1754.
Verain, M. s. Etienne.
Vercellino, Heilung einer Salvarsanerythrodermie und Exitus nach Kalomel 1752.
Verge, J. s. Le Soudier.
Vermeren, L., Pseudo-Hermaphroditismus masculinus internus 1516.
Veyrières, Arzneiträger 1819.
— u. Guibert, Die kongenital abnorme Haut 1645.
Vignat, M., Kohlensäureschneebehandlung 1758.
Vintemberger s. Ancel.
Del Viro, Hautmyome 1752.
Voelcker, F., Kolibakteriurie bei jungen Mädchen, Behandlung 1557.

Digitized by Google

Vogel, H., Neuer Zystoskophalter 1149.
— W., Erfahrungen mit Targesin 1514.
Vohwinkel, Acrodermatitis atrophicans 1606.
Voigt, Mycosis fungoides 1017.
— L., Vier Jahre Geschlechtskrankheitenstatistik in Nürnberg 1858.
*— — s. Görl.
Volk, R., Lichen ruber planus 1053.
— Lupus follicularis 1242.
— Lymphomata gummosa 1053.
— Poikilodermia atrophicans 1242.
— R., Tuberculosis fungosa cutis (Riehl) 1262.
— Ulcera tuberculosa oris 1053.
Volterra, M., Struktur der Kapillaren; Kontraktilität 1862.
*Vorberg, G., Amerikanischer Ursprung der Syphilis 1113.
Vörner, Verfahren zur Behandlung gewisser Hautkrankheiten 1480.
— Vorteile einer Primäraffektbehandlung 1480.
Voss, H., Nuklealreaktion 1064.
Vourexakis, N. s. Jausion.

Wachowiak, M. s. Fleisher.
Wachter, R., Masern und Tuberkulose, Immunitätsverhältnisse, Erythrozytensedimentierung 1255.
Wada, H., Lupus miliaris disseminatus; Tuberkulosebazillen positiv 1056.
Wagner, W., Frühbehandlung der Gonorrhoe mit Reargon 1514.
Wahlberg, K., Arthritis gonorrhoica beim Säugling 1831.
Waissmann, D. s. Feldmann.
Walker, K. M., Differentialdiagnose zwischen gonorrhoischer und nichtgonorrhoischer Epididymitis 1448.
— — — Sterilität des Mannes 1854.
Wallace, W. J., Impotenz der jungen Männer 1580.
Wallon, E., Mit Radium geheilte Hautkrebse 1640.
Walter, A., Hautdrüsen mit Lipoidsekretion bei Nagern 1029.
*— Franz, Eitererreger und Hautallergie im chronischen Ekzem 988.
— — 1794.
Wan-Gaut, Das erste Tausend von Syphilitikern, im Venerologischen Ambulatorium Leningrad notiert 1696.
Warburg, O., Stoffwechsel der Karzinomzelle 1197.
Warnekros, K. s. Arnoldi.
Warowitzki s. Landesmann.
Waschkewitsch, Behandlung des chronischen Trippers mittels Tamponade der Urethra 1873.
v. Wassermann 1190.
— — Nekrolog, Finkelstein 1190.
Wassiljew, A., Massenhafte nichtgonorrhoische Erkrankung an Vulvovaginitis in einem Internate 1695.
Wassilowa, E. und Jordan, E., Hautkrankheiten und endokrine Drüsen 1193.
Watanabe, K. s. Dohi.
Watermann, N., Serodiagnostische Reaktionen beim Krebs 1197.
Watrin, J., Lichen des Unterarmes in lineärer Anordnung 1250.
Weber, E. P., Chlorose und Erythem der Unterschenkel durch die Kleidermode bedingt 1729.
— — — Nichteitrige, knotige Pannikulitis und Phagozytose der subkutanen Fettzellen durch Makrophagen 1724.
— — u. Prelinger, H., Vereinheitlichung der Röntgendosismessung 1127.
— F. Parkes, Chronisches Erythem der Beine bei Frauen, mit diffuser Verdickung und sklerodermieähnlicher Induration der Haut 1448.
— — P., Xanthose mit schwerem Diabetes mellitus, 1853.
Weckesser, P., Natrium-salicyl.-Injektionen bei Psoriasis 1546.
— — s. Ruete, A.
Wedrow, Morbus Raynaud mit Pigmentdystrophien in Kombination mit Lupus erythematodes 1848.
*Wegner, Arthur, Grundgedanken eines neuen Strafgesetzbuches und die Bekämpfung der Prostitution 1741.
Weichardt, W., Aktivierung von pathogenen Mikroorganismen durch Körperextrakte 1064.
— — Unspezifische Therapie 1700.
Weicksel, J., Angiomatosis, bzw. Angiokeratosis universalis 1767.
Weidner, H., Boluphenbehandlung 1090.
Weil, A. J. s. Sachs.
— M.-P. u. Bourgeos, P., Gelenksymptome der Spätsyphilis 1286.
Weill, Gaston, Anetodermia erythematosa 1059.
Weiss, A. s. Kessler.
— Ch. u. Wilkes, D., Kulturuntersuchungen der Spirochaete pallida 1313.
— Rattenbißkrankheit 1256.
— S., Salvarsanschädigungen 1381.
— R. S. s. Engmann.
— — — u. Robias, Kongenitales ichthyosiformes Erythroderm 1691.
Weissenberg, S., Geschlechtliche Interessen der Schulkinder 1579.
Weitgasser, Johann, Intrakutane Eigenblutinjektionen 1091.
— — Pemphigus vegetans innerhalb kurzer Zeit völlig ausgeheilt 1784.

Digitized by Google

Weitz, W., Studien an eineiigen Zwillingen 1028.
Wende, G., Pemphigus; Erfahrungen mit der Davisbehandlung 1611.
Werboff, S., Nierentuberkulose und Schwangerschaft 1609.
Wershikowski, Reaktion von Bruck, Kahn, Meinicke bei der Syphilis 1695.
Wertheim, Naevus pigmentosus 1276.
— Narben nach Morphiuminjektionen 1276.
— Recklinghausensche Krankheit 1276.
Werther, J., Noma vulvae 1473.
— Pemphigus vegetans 1474.
*— J., Pemphigus vulgaris chronicus (bei Schwangerschaft und kongenital) 1334.
— Ulcus vulvae acutum 1473.
Westphalen, Essentielle Cholesterinämie mit Xanthombildung 1606.
— Parapsoriasis guttata 1606.
— s. Ritter.
*Weygandt, W., Unnas 75. Geburtstag 1751.
White, A. C. s. Turner.
— D., Bestrahlungen über das Vorkommen der Syphilis in England 1448.
— E. W. u. Ritch, C. O., Urologische Diagnose und Behandlung 1119.
Whitmore, R. s. Hazen.
Wichert, G. s. Herxheimer.
Wichowski, W. s. Klausner.
Wichmann, P., Hauttuberkulose 1605.
— — u. Schlunk, A., Bakteriologische Befunde bei chronischer Gonorrhoe 1489.
Wicking, Friederike s. Loewenstein.
Wieder, L, M. s. Wile.
Wiener, K., Blasensteinbildung bei Behandlung der Gonorrhoe mit Reargon 1514.
— — Cutis laxa mit dominanter Vererbung 1426.
Wigley, J. E. M., Fall zur Diagnose 1061.
Wile, U. J. u. Wieder, L. M., Tryparsamide bei Behandlung der Nervensyphilis 1326.
Wilhelm, L. F. H. s. Stokes.
Wilhelmj. C. M., Meningeale Form der Blastomykose 1789.
Wilkes, D. s. Weiss.
William, F. H., Erinnerung an einen Pionier der Röntgenologie; einige neue Beobachtungen 1703.
Williams, A. W., Heilung von Pruritus senilis durch Hautbürste 1150.
Williamson, B. s. Sutherland.
Willis, Murat A., Ausschabung von Brandwunden 1150.
Wills, L. s. Haldin-Davis.
Windholz, F., Metastatische Pneumokokkendermatosen 1699.
Winkler s. Bloch.
— F., Juckstillende Mittel 1090.
— M., Basalzellenkrebs 1279.
— Max, Berufsdermatosen 1093.
— M., Dermatosklerose der Unterschenkel 1279.
— — Epitheliom der Haut 1279.
— — Erythrodermie congenitale ichthyosiforme cum Hyperepidermotrophie 1279.
— — Fall zur Diagnose 1279.
— — Sarkoid 1279.
— — Sklerodermie 1279.
Winstel, A., Endokrine Drüsen und Dermatosen 1766.
Wirz, F., Ambulante Lupustherapie 1261.
— Fr., Iontophorese 1090.
— — Polymorphie der Salvarsanexantheme 1189.
— Franz, Unterschenkelekzem umgewandelt in eine Lichen-verrucosus-artige Dermatitis durch Salvarsantoxikose 1573.
Wise, F. u. Ramirez, M., Eiweißsensibilisierung bei lichenifiziertem Pruritus 1611.
With, C., Nekrolog für Rasch.
Wittkower, E. s. Petow.
Wolbach, S. B., Rickettsien und ihre Beziehungen zu Krankheiten 1621.
— — — Wirkung wiederholter Röntgenbestrahlungen auf die Haut (Karzinombildung) 1125.
Wolf, Onycholysis partialis 1052.
— Psoriasis guttata 1275.
— H. s. Hohn.
— M. s. Leriche.
— — s. Merklen.
Wolpian, Reinfectio syphilitica 1848.
Worms, W., Experimentelle Untersuchungen über Stovarsol 1384.
Wright, C. S., Lichenifiziertes Sarkoid 1853.
Wunderlich, Technik und Kunstgriffe der intravenösen Injektion 1092.

Young, J., Karzinomreizung und Infektion 1198.
— Wm. J., Epitheliom der Unterlippe 1758.

Zadok, J. u. Grünberg, A., Die örtliche Behandlung der chronischen, gonorrhoischen Urethritiden 1491.
Zangemeister, W., Exitus nach Elektrokollargol intravenös 1091.
Zankner, Arthur, Proteintherapie in der Kinderheilkunde 1091.
Zeeman, W. P. C., Herpeserkrankungen des Auges 1149.
Zenin, Gitterfasern bei Hautkrankheiten 1847.

Digitized by Google

Zeraffa, R. s. Montpellier.
Zieler, K., Frühbehandlung und Frühheilung der Syphilis 1119.
— — s. Kolle.
Zimmerlin, M. s. Roederer.
*Zollschan, Josef, Bedeutung der Schnellfärbung der Syphilisspirochäten mit Spirsil 1865.
Zoltán, St., Methylenblaufärbung der Bakteriennährböden 1064.
v. Zumbusch, L., Ätiologie des Lupus erythematodes 1575.
v. Zumbusch, L., Eineiige Zwillingsschwestern mit ungleicher Augenfarbe 1029.
— — Zyansilbercholat zur Gonorrhoebehandlung 1494.
— Leo 1730.
Zurhelle, E., Isolierte Vakzinewirkung der Zunge 1786.
Zweifel, P. u. Payr, E., Klinik der bösartigen Geschwülste 1726.
Zwick, K. G., Hg-Resorption von der Haut aus, mikroskopische Studie 1386.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Medical Center Library

THIS BOOK IS DUE ON THE LAST DATE STAMPED BELOW

Books not returned on time are subject to a fine of 50c per volume after the third day overdue, increasing to $1.00 per volume after the sixth day. Books not in demand may be renewed if application is made before expiration of loan period.

7 DAY

OCT 12 1967

RETURNED

OCT 10 1967

5m-3,'47(A2646s2)4128

Digitized by Google

v.81 Dermatologische wochenschrift.
1925 79985

79985

Digitized by Google

Digitized by Google